



## Wniosek o wypłatę świadczenia Czasowa niezdolność do pracy / Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia

Polisa nr \_\_\_\_\_

Nazwa instytucji finansowej,  
w której zakupiłeś ochronę \_\_\_\_\_

Prosimy o wypełnienie wniosku drukowanymi literami.

### Dane osoby ubezpieczonej

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ (Uzupełnić tylko jeśli brak numeru PESEL)

Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Państwo \_\_\_\_\_

### Dane kontaktowe (opcjonalnie)

E-mail \_\_\_\_\_ Tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, na wskazany adres e-mail lub numer telefonu.

Tak  Nie

### Zgłaszane zdarzenie dotyczy czasowej niezdolności do pracy / niezdolności do pracy albo niezdolności do samodzielnego życia

#### Prosimy podać:

- powód niezdolności do pracy lub samodzielnego życia (Prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)  choroba  nieszczęśliwy wypadek

W przypadku nieszczęśliwego wypadku prosimy podać:

- datę Nieszczęśliwego wypadku \_\_\_\_\_

Ubezpieczony aktywny zawodowo  Tak  Nie

• czasowa niezdolność do pracy od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

• niezdolność do pracy lub samodzielnego życia od dnia \_\_\_\_\_

Okoliczności \_\_\_\_\_

**Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia o okolicznościach Nieszczęśliwego wypadku:** Oświadczam, iż w chwili wypadku, który miał miejsce w dniu \_\_\_\_\_, nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji toksycznych ani innych środków odurzających.

### Sposób wypłaty świadczenia

#### Przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku \_\_\_\_\_

Dane właściciela rachunku (proszę wypełnić jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

Nazwisko / Nazwa \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

Państwo zamieszkania/

Państwo siedziby firmy \_\_\_\_\_

## Załączone dokumenty (prosimy dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Ubezpieczyciela)

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż Ubezpieczony wymagane jest przedstawienie dokumentu pełnomocnictwa do reprezentowania tej osoby.

### Czasowa niezdolność do pracy

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA – w sytuacji niezdolności trwającej ponad 182 dni – kopia orzeczenia o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego) o Czasowej niezdolności do pracy, potwierdzające okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w Szpitalu, kartę informacyjną leczenia szpitalnego (karta wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – karty informacyjne leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- kopia dowodu aktywności zawodowej
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
- inne \_\_\_\_\_

### Niezdolność do pracy/ do samodzielnego życia

- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzająca wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych;
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności wypadku (np. notatka urzędowa z policji lub inny dokument), jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy
- inne \_\_\_\_\_

## Oświadczenia i zgody

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. innemu zakładowi ubezpieczeń, na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych danych, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy i wysokości tego świadczenia, udzielenia posiadanych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy i jego wysokości.

- Tak  Nie

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, o udzielenie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikację podanych danych o stanie zdrowia, w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, zarówno za mojego życia, jak i po mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia. Z żądaniem przekazania powyższych informacji występuje lekarz upoważniony przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.

- Tak  Nie

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

- Tak  Nie

Wyrażam zgodę na udzielanie Nationale-Nederlanden Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, przez organy rentowe lub inne instytucje odpowiedzialne za ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego pełnej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia lub wysokości tego świadczenia. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego.

- Tak  Nie

Ubezpieczony

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

# Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

## Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., który ma siedzibę w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12.

Aby się z nami skontaktować, możesz wysłać:

- list na adres naszych siedzib: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
- e-mail na: info@nn.pl.

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą ochrony danych osobowych. Jego adres e-mail to: iod@nn.pl.

## Po co nam Twoje dane osobowe

Przetwarzamy Twoje dane osobowe, aby:

- Wykonać umowę ubezpieczenia, w tym przeprowadzić likwidację szkody. Wiąże się to z przetwarzaniem danych zawartych w dokumentach, które do nas przesyłasz, w tym w dokumentach medycznych.
- Realizować reklamacje, która jest związana z umową, co stanowi nasz uzasadniony prawnie interes.
- Przeciwdziałać praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Przepisy zobowiązują nas do sprawdzenia czy nie ma okoliczności, które uniemożliwiłyby nam realizację Twojego wniosku.
- Analizować wnioski pod kątem przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Stanowi to nasz prawnie usprawiedliwiony interes, jakim jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym.
- Realizować obowiązki, które są nałożone na nas przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- Bronić się przed ewentualnymi roszczeniami, które są związane z umową ubezpieczenia.

Podanie przez Ciebie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji Twojego wniosku.

## Kto może mieć dostęp do Twoich danych

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (odbiorcom). Robimy to, aby prawidłowo realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację przedsiębiorstwa.

Odbiorcami będą w szczególności:

- dostawcy rozwiązań informatycznych,
- podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności,
- agenci ubezpieczeniowi,
- zakłady reasekuracji,
- call center,
- agencje i firmy marketingowe.

Z każdym z tych podmiotów zawarliśmy umowy, w których nałożyliśmy na nich obowiązki związane z przetwarzaniem i ochroną Twoich danych. Niektóre z tych podmiotów mogą mieć siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Dane do tych krajów przesyłamy w oparciu o decyzję wydaną przez Komisję Europejską lub standardowe klauzule umowne. Masz prawo otrzymać kopie tych klauzul. W tym celu możesz wysłać wniosek na adres: iod@nn.pl.

## Jakie masz prawa w związku z przetwarzaniem danych

W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych, przysługują Ci następujące prawa:

- masz prawo dostępu do swoich danych i możesz zażądać, żebyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy zmienisz numer telefonu czy adres;
- masz prawo być zapomnianym/a – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane;
- możesz złożyć tzw. sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych, w tym w celu marketingowym;
- możesz żądać, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie;
- możesz otrzymać od nas swoje dane osobowe – prześlemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz;
- możesz wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

## Okres przetwarzania danych

Twoje dane osobowe będą przetwarzane do momentu aż:

- przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia oraz inne roszczenia, lub
- wygaśnie obowiązek przechowywania danych, który wynika z przepisów prawa. W szczególności obowiązek przechowywania dokumentów księgowych, które dotyczą umowy ubezpieczenia.