



Wniosek o wypłatę świadczenia

Zaznacz właściwe pole:

Śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku Choroba Wypadek

Numer polisy/umowy _____

Nazwa Operatora,
u którego zakupiłeś
ochronę _____

Dane osoby, której zdarzenie dotyczy

Zdarzenie dotyczy²⁾: Ubezpiezonego Głównego Małżonka Partnera Dziecka Ubezpiezonego Głównego

Imię _____

Nazwisko _____

Data urodzenia _____ PESEL _____
(gdy nie nadano nr PESEL)

Dane osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie¹⁾? Ubezpiezonego Uprawnionego/ Uposażonego Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego/Uposażonego Pełnomocnika Uprawnionego/ Uposażonego²⁾

Imię _____

Nazwisko _____

Państwo urodzenia (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL) _____

Data urodzenia _____ PESEL _____
(gdy nie nadano nr PESEL)

Adres zamieszkania/korespondencyjny w sprawie roszczenia

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Telefon _____

E-mail _____

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.

Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia _____

Miejsce zdarzenia (nazwa, adres) _____

Okoliczności, przebieg zdarzenia,
opis obrażeń odniesionych
w wypadku lub rozpoznanie choroby _____

Opis obecnego stanu zdrowia _____

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby

Nie dotyczy

Data rozpoznania choroby

Nie dotyczy

Okres zwolnienia lekarskiego

od

do

Nie dotyczy

Data zakończenia leczenia i rehabilitacji

Nie dotyczy

W trakcie

Okres całkowitej/ czasowej niezdolności do pracy³⁾

od

do

Nie dotyczy

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych? Tak Nie

Czy w związku ze zdarzeniem pracodawca sporządził protokół powypadkowy? Tak Nie

Jeśli tak, prosimy o załączenie kopii protokołu powypadkowego.

Jeśli tak, prosimy o przesłanie kopii dokumentacji w sprawie, a w przypadku jej braku wskazanie pełnego adresu jednostek prowadzących postępowanie oraz sygnatury akt sprawy.

Numer sprawy

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem.

Pierwsza pomoc medyczna

(nazwa, adres placówki, data)

Okres od

Pozostałe placówki, w których prowadzono leczenie (nazwa, adres)

Placówka podstawowej opieki zdrowotnej/lekarz rodzinny (nazwa, adres)

Forma wypłaty świadczenia

Przelew na wskazany numer rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Państwo zamieszkania

Oświadczenia i zgody

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

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

³⁾Niepotrzebne skreślić.

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 udziлили 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 ustalanie 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

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia, lub pełnomocnika, lub przedstawiciela ustawowego (czytelny podpis)

Podpis

Data

Miejscowość

Informacje o dokumentach, które mogą potwierdzić zdarzenie

Zdarzenia:	Dokumenty:	Rodzaj dokumentu ¹⁾ :
śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	1. „Wniosek o wypłatę świadczenia” 2. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu
całkowite i trwałe inwalidztwo/ niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	4. kopia dokumentu tożsamości każdego z uposażonych/spadkobierców lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP 5. kopia dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresu jednostki policji, prokuratury lub sądu, która prowadzi/ła postępowanie w sprawie
trwałe inwalidztwo	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności 9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku
złamanie lub oparzenie	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego/współubezpieczonego (gdy są oni niepełnoletni – opiekuna prawnego) lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP
poważna choroba, operacja	1, 10, 11, 14 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	11. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego 12. kopia zwolnień lekarskich 13. kopia dowodu aktywności zawodowej
hospitalizacja	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 7, 9, 17	14. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy o tym niezwłocznie	15. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego 16. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka 17. jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, dodatkowo: 15; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, dodatkowo: 16

Informujemy, że do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia konieczne może być dostarczenie oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyc: notariusz lub organ wydający dokument.

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 – przekazemy 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.