



Przewodnik obsługowy

Ubezpieczenie grupowe na życie w Nationale-Nederlanden
Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie S.A.

Załącznik nr 1 do Porozumienia



Twoje życie jest ważne

Jak korzystać z ubezpieczenia

Specjalnie dla Państwa przygotowaliśmy materiał będący instrukcją działania Ubezpieczenia grupowego na życie w Nationale-Nederlanden Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden). Niniejszy przewodnik stanowi wygodną i prostą pomoc w obsłudze ubezpieczenia, odpowiadając na pytania – do kogo się zwrócić, jeśli coś się stanie; co zrobić w przykładowych sytuacjach; jakie wypełnić formularze.

Staramy się, aby obsługa ubezpieczenia w Nationale-Nederlanden była maksymalnie prosta i bezproblemowa – stąd pomysł na dokument, który przeprowadzi Państwa przez wszystkie zagadnienia Ubezpieczenia grupowego w naszej firmie.



Spis treści

Informacje produktowe

Podstawowe informacje o produktach.....	5
Kryteria przystąpienia do ubezpieczenia.....	7
Zakres ubezpieczenia.....	8
Dostępne warianty pakietu Assistance.....	9
Karencje i ankiety medyczne.....	11
Ważne definicje.....	15

Obsługa bieżąca

Obsługa Ubezpieczenia grupowego w Nationale-Nederlanden.....	18
Terminy zgłaszania zmian i dokonywania płatności.....	19
Jakie dokumenty należy złożyć.....	20
Dołączanie do ubezpieczenia dodatkowych osób.....	22
Co zrobić, gdy.....	23
Reklamacje.....	25

Jak uzyskać świadczenia z tytułu ubezpieczenia

Informacje ogólne.....	27
Wykaz dokumentów.....	31



Informacje produktowe

Podstawowe informacje o produktach.....	5
Kryteria przystąpienia do ubezpieczenia.....	7
Zakres ubezpieczenia.....	8
Dostępne warianty pakietu Assistance.....	9
Karencje.....	11
Ankiety medyczne.....	12
Ważne definicje.....	16

Podstawowe informacje o produktach

TRM17 – Ubezpieczenie grupowe na życie

Dla kogo	Dla firm zatrudniających min. 2 osoby oraz ich Małżonków, Partnerów i pełnoletnich Dzieci (Współubezpieczeni).
Kto może być ubezpieczony	<ul style="list-style-type: none">• Pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, zlecenia oraz innych form zatrudnienia, np. umowa o współpracę, zaakceptowanych przez Nationale-Nederlanden,• Małżonkowie, Partnerzy i pełnoletnie Dzieci Ubezpieczonych.
Czas trwania	Umowa zawierana na 12 miesięcy z automatycznym przedłużeniem na kolejny rok.
Zakres ubezpieczenia	Umowa główna + 47 umowy dodatkowe chroniące: <ul style="list-style-type: none">• życie Ubezpieczonego,• zdrowie Ubezpieczonego,• życie i zdrowie członków rodziny Ubezpieczonego.
Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia	Dożywotnia.
Elastyczność	Możliwość negocjacji indywidualnych rozwiązań w zależności od potrzeb i wielkości grupy.

Pakiet Assistance

Działa na terenie całego kraju oraz w Unii Europejskiej.

Kto może być ubezpieczony	Każdy Ubezpieczony i Współubezpieczony, w ramach Ubezpieczenia grupowego w Nationale-Nederlanden.
Czas trwania	Zgodnie z czasem trwania polisy.
Zakres ubezpieczenia	Gwarantuje pomoc w razie: <ul style="list-style-type: none">• następstw nieszczęśliwego wypadku,• nagłej choroby,• utraty pracy. Zapewnia usługi Concierge (dostępne dla wariantu Top).

Usługi Concierge – bez limitu w Polsce i na terenie Unii Europejskiej (tylko w wariantcie Top)

Udzielanie informacji o aktualnych imprezach, podróżach i turystyce bez limitu

Udzielanie informacji o szczepieniach koniecznych w danym kraju bez limitu

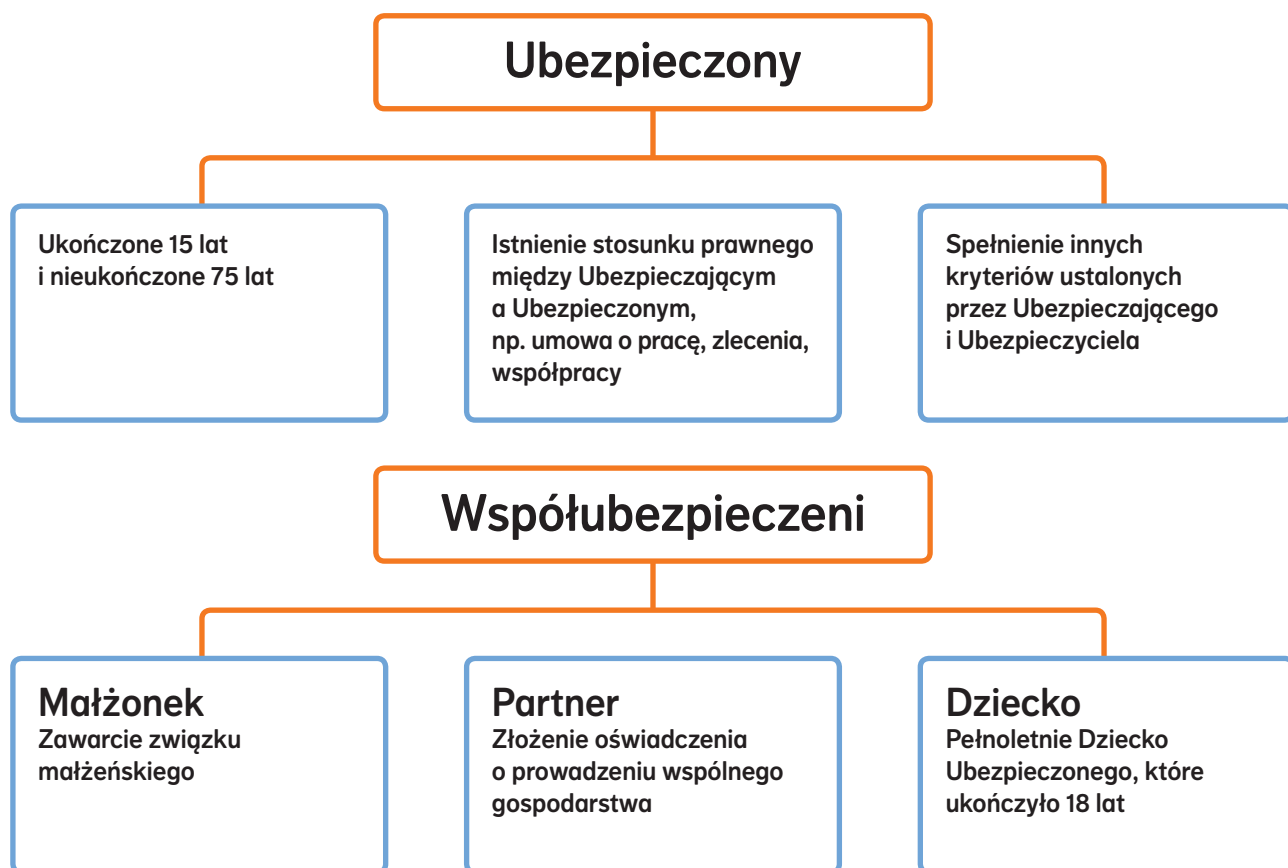
Udzielenie informacji o bieżących warunkach drogowych, pomoc przy wyborze najbardziej dogodnej trasy przejazdu samochodem bez limitu

Udzielenie informacji teleadresowych dotyczących firm holowniczych, wypożyczalni samochodów, stacji napraw bez limitu

Udzielenie informacji o procedurze postępowania w przypadku włamania do samochodu, kolizji drogowej itp. bez limitu



Kryteria przystąpienia do ubezpieczenia



Warunki przystąpienia do ubezpieczenia po spełnieniu kryteriów:

- wypełnienie pisemnego wniosku Ubezpieczonego o przystąpienie do ubezpieczenia,
- akceptacja wniosku przez Ubezpieczyciela.



Zakres ubezpieczenia

Umowa główna	Umowy dodatkowe
Śmierć Ubezpieczonego	Możliwość zawarcia jednocześnie z Umową główną
Śmierć Ubezpieczonego	<ul style="list-style-type: none"> • Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) • Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego • Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy • Śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu • Osierocenie Dziecka Ubezpieczonego
Śmierć członków rodziny	<ul style="list-style-type: none"> • Śmierć Małżonka • Śmierć Małżonka wskutek NW • Śmierć Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego • Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka • Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka wskutek NW • Śmierć Dziecka • Narodziny martwego Dziecka
Niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> • Niezdolność do pracy wskutek NW i choroby • Niezdolność do pracy wskutek NW • Niezdolność do pracy w zawodzie Nauczyciela • Powrót do zdrowia (rekonwalescencja, sanatorium, ubezpieczenie lekowe) • Miesięczna wypłata na wypadek niezdolności do pracy
Poważne zachorowania, ochrona nowotworowa	<ul style="list-style-type: none"> • Poważne zachorowania Ubezpieczonego – wariant podstawowy, rozszerzony i pełny (CIB A/ B/ C) • Poważne zachorowania Małżonka Ubezpieczonego – wariant podstawowy, rozszerzony i pełny (SCIB A/ B/ C) • Poważne zachorowania Dziecka Ubezpieczonego • Ochrona na wypadek nowotworu Ubezpieczonego • Ochrona na wypadek nowotworu Małżonka • Ochrona na wypadek nowotworu Ubezpieczonego z diagnostyką • Poważne zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne • Poważne zachorowania Małżonka Ubezpieczonego na choroby zakaźne
Leczenie i pobyt w szpitalu	<ul style="list-style-type: none"> • Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub NW • Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany NW • Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego • Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy • Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu • Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub NW • Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW • Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW lub choroby • Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW • Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym • Specjalistyczne leczenie
Uszczerbek na zdrowiu	<ul style="list-style-type: none"> • Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW • Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu • Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka wskutek NW • Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW z leczeniem powypadkowym • Uszczerbek na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku
Trwałe inwalidztwo	<ul style="list-style-type: none"> • Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane NW • Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane NW z miesięcznym świadczeniem
Operacje	<ul style="list-style-type: none"> • Operacja spowodowana chorobą lub NW • Operacja spowodowana NW • Operacje spowodowane chorobą lub NW (katalog otwarty)
Narodziny Dziecka	<ul style="list-style-type: none"> • Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego lub adopcja Dziecka

Dostępne warianty pakietu Assistance

Usługa	Wariant Light – obejmuje tylko Ubezpieczonego	Wariant Top – obejmuje Ubezpieczonego oraz jego Rodzinę
Nieszczęśliwy wypadek i nagle zachorowanie		
Wizyta lekarza i pielęgniarki w domu Ubezpieczonego	2 wizyty w roku	5 wizyt w roku
Transport medyczny: <ul style="list-style-type: none"> • do placówki medycznej • z placówki medycznej • między placówkami medycznymi 	2 razy w roku	5 razy w roku
Dostarczenie leków (do domu lub w inne miejsce)	limit kosztu dostawy (koszt transportu, nie leków): 650 zł rocznie	limit kosztu dostawy (koszt transportu, nie leków): 1 250 zł rocznie
Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego	limit wypożyczenia: 650 zł rocznie	limit wypożyczenia: 2 250 zł rocznie
Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	limit wypożyczenia: 650 zł rocznie	limit wypożyczenia: 2 250 zł rocznie
Organizacja procesu rehabilitacyjnego	koszt rehabilitacji: limit 500 zł rocznie	koszt rehabilitacji: limit 2 000 zł rocznie
Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi oraz nad zwierzętami	2 razy w roku, 24 godziny na dobę	4 razy w roku, 24 godziny na dobę
Organizacja i dostarczenie zakupów do domu	limit kosztów dostawy: 650 zł rocznie	limit kosztów dostawy: 2 250 zł rocznie
Pomoc pielęgniarki przy opiece nad nowo narodzonym Dzieckiem – instruktaż jak prawidłowo pielęgnować Dziecko	3 wizyty położnej w roku	4 wizyty położnej w roku
Usługi telefoniczne		
Telefoniczna konsultacja lekarska	niedostępna	bez limitu
Baby assistance – telefoniczna konsultacja z pediatrą, 24 godziny na dobę	bez limitu	bez limitu
Teleopieka – możliwość samodzielnego wezwania natychmiastowej pomocy	przez 60 dni w roku (od momentu uruchomienia usługi)	przez 90 dni w roku (od momentu uruchomienia usługi)

Dostępne warianty pakietu Assistance

Usługa	Wariant Light – obejmuje tylko Ubezpieczonego	Wariant Top – obejmuje Ubezpieczonego oraz jego Rodzinę
Utrata pracy		
Pomoc psychologa w przypadku utraty lub zmiany pracy	limit wartości świadczenia: 500 zł rocznie	limit wartości świadczenia: 2 000 zł rocznie
Pomoc w poszukiwaniu pracy (kontakt z 3 firmami doradztwa personalnego)	bez limitu	bez limitu
Pakiet informacyjny (wzory CV, listu motywacyjnego, biznes planu itp.)	bez limitu	bez limitu
Informacja telefoniczna z poradami jak szukać pracy	bez limitu	bez limitu
Usługi Concierge – bez limitu w Polsce i na terenie Unii Europejskiej (tylko w wariantcie Top)		
Rezerwacja biletów lotniczych i kolejowych		bez limitu
Rezerwacja hoteli, biletów do kin i teatrów		bez limitu
Rezerwacja miejsc w restauracji		bez limitu
Zamawianie taksówki		bez limitu
Organizacja dostarczenia pod wskazany adres kwiatów, biletów na imprezy sportowe i kulturalne, prezentów i zakupów		bez limitu
Organizacja wypoczynku w wybranym miejscu na świecie (rezerwacja hotelu, pensjonatu, wycieczki, biletów lotniczych, kolejowych)		bez limitu
Rezerwacja sal konferencyjnych, restauracji		bez limitu
Organizacja opieki nad dziećmi		bez limitu
Organizacja wynajęcia oraz podstawienie samochodu zastępczego		bez limitu
Organizacja usług drobnej pomocy domowej (np. sprzątnięcie) oraz pomocy fachowca		bez limitu

Karencje i ankiety medyczne

Karencja to okres liczony od określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie, tzw. czasowe ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

W stosunku do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia:



W pierwszych trzech miesiącach od daty nabycia uprawnień obowiązują karencje zgodnie z tabelą Karencje i ankiety medyczne.



Po 3 miesiącach od daty nabycia uprawnień obowiązują tzw. karencje długie

- **6 miesięcy** – w przypadku wszystkich umów dotyczących życia i zdrowia Ubezpieczonego,
- **9 miesięcy** – w przypadku umowy związanej z urodzeniem Dziecka.



W ofercie Ubezpieczenia grupowego na życie stosujemy ocenę ryzyka ubezpieczeniowego w postaci ankiet medycznych.

Są to tzw. **ankiety skrócone**, które zawierają 5 pytań dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz **ankiety rozszerzone**, gdzie pytań może być 6 lub 9, w zależności m.in. od wieku Ubezpieczonego czy wysokości Sumy

ubezpieczenia. Ponadto w ramach oferty pakietowej ubezpieczenia zamiast Ankiety stosujemy oświadczenie Ubezpieczonego o stanie zdrowia.



Podobnie jak w przypadku karencji o tym, czy Ankiety medyczne będą stosowane, decyduje wielkość firmy oraz to, czy firma miała wcześniej Ubezpieczenie grupowe na życie. Dla ułatwienia, na kolejnej stronie prezentujemy tabelę z zasadami stosowania Karencji oraz Ankiety medycznych.



Tabela: Karencje i Ankiety medyczne

Pracownik	Umowa do 19 uprawnień		Umowa od 20 uprawnień	
	Nowy	Kontynuacja	Nowy	Kontynuacja
Ankieta dla Pracownika	Skrócona	Skrócona*	Brak	Brak
Karencje – Umowy na Życie/ Zdrowie	OWU	Brak	Brak	Brak
Umowa główna (TRM17)				
Śmierć wskutek NW (ADR17)				
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego (ADT17)				
Śmierć wskutek wypadku przy pracy (WADR17)				
Śmierć wskutek zawału serca lub udaru mózgu (HSDR17)				
Trwałe inwalidztwo wskutek NW (PDR17)				
Trwałe inwalidztwo wskutek NW z mies świadcz. (PDR17+)				
Niezdolność do pracy wskutek NW (PDW17)				
Niezdolność do pracy (TPD17)				
Uszczerbek wskutek NW (LHB17)				
Uszczerbek wskutek NW (LHBH17)				
Leczenie powypadkowe w ramach LHBH17				
Uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru mózgu (LHSD17)				
Poważne zachorowania (CIB17)	3 miesiące			
Ochrona na wypadek nowotworu (CCB17)	3 miesiące			
Ochrona na wypadek nowotworu (CCBH17)	3 miesiące			
Diagnostyka w ramach CCBH17				
Poważne zachorowania na choroby zakaźne (CIB17_D)				
Pobyt w szpitalu (HDB17)	2 miesiące			
Pobyt w szpitalu (HDBH17)	2 miesiące			
Leczenie poszpitalne w ramach HDBH17				
Pobyt w szpitalu wskutek NW (AHDB17)				
Pobyt w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (ATHDB17)				
Pobyt w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (WAHDB17)				
Pobyt w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru (HSHDB17)	2 miesiące			
Rekonwalescencja (CDB17)	2 miesiące			
Pobyt w sanatorium (SSB17)	2 miesiące			
Specjalistyczne leczenie (STB17)	3 miesiące			
Ubezpieczenie lekowe (MCR17)	2 miesiące			
Operacje (MSR17_A+)	2 miesiące			
Operacje wskutek NW (MSR17_A)				
Operacje - wariant rozszerzony (MSR17_2A+)	2 miesiące			
Miesięczna wypłata na wypadek niezdolności do pracy (IPB17)				
Karencje – Umowy Rodzinne	OWU	Brak	Brak	Brak
Śmierć Małżonka (DSB17)				
Śmierć Małżonka wskutek NW (SADR17)				
Śmierć Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (SADT17)				
Uszczerbek Małżonka wskutek NW (SLHB17)				
Śmierć Dziecka (DCB17)				
Narodziny martwego Dziecka (SBB17)				
Osierocenie Dziecka (OCB17)				
Śmierć Rodzica wskutek NW (ADPB17)				
Poważne zachorowania Małżonka (SCIB17)	3 miesiące			
Ochrona na wypadek nowotworu Małżonka (SCCB17)	3 miesiące			
Poważne zachorowania Małżonka na choroby zakaźne (SCIB17_D)				

Poważne zachorowania Dziecka (CCIB17)	3 miesiące			
Pobyt w szpitalu Małżonka (SHDB17)	2 miesiące			
Pobyt w szpitalu Małżonka wskutek NW (SAHDB17)				
Pobyt w szpitalu Dziecka (CHDB17)	2 miesiące			
Pobyt w szpitalu Dziecka wskutek NW (CAHDB17)				
Trwały uszczerbek dziecka wskutek NW (CLHB17)				
Karencje – Umowy Śmierć Rodziców/ Urodzenie Dziecka	OWU	Brak	Brak	Brak
Śmierć Rodzica (DPB17)	PROG			
Urodzenie Dziecka (BCB17)	PROG			

Współpracownik, Zleceniowiec, Małżonek/ Partner, pełnoletnie Dziecko	Umowa do 19 uprawnień		Umowa od 20 uprawnień	
	Nowy	Kontynuacja	Nowy	Kontynuacja
Ankieta dla Współpracownika, Zleceniowca	skrótowa	skrótowa *	rozszerzona	brak
Ankieta dla Małżonka/ Partnera, pełnoletniego Dziecka	skrótowa	skrótowa *	rozszerzona	brak
Karencje – umowy na Życie/ Zdrowie	OWU	Brak		Brak
Umowa główna (TRM17)				
Śmierć wskutek NW (ADR17)				
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego (ADT17)				
Śmierć wskutek wypadku przy pracy (WADR17)				
Śmierć wskutek zawału serca lub udaru mózgu (HSDR17)				
Trwałe inwalidztwo wskutek NW (PDR17)				
Trwałe inwalidztwo wskutek NW z mies. świadc. (PDR17+)				
Niezdolność do pracy wskutek NW (PDW17)				
Niezdolność do pracy (TPD17)				
Uszczerbek wskutek NW (LHB17)				
Uszczerbek wskutek NW (LHBH17)				
Leczenie powypadkowe w ramach LHBH17				
Uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru mózgu (LHSD17)				
Poważne zachorowania (CIB17)	3 miesiące			
Ochrona na wypadek nowotworu (CCB17)	3 miesiące			
Ochrona na wypadek nowotworu (CCBH17)	3 miesiące			
Diagnostyka w ramach CCBH17				
Poważne zachorowania na choroby zakaźne (CIB17_D)				
Pobyt w szpitalu (HDB17)	2 miesiące			
Pobyt w szpitalu (HDBH17)	2 miesiące			
Leczenie szpitalne w ramach HDBH17				
Pobyt w szpitalu wskutek NW (AHDB17)				
Pobyt w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (ATHDB17)				
Pobyt w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (WAHDB17)				
Pobyt w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru (HSHDB17)	2 miesiące			
Rekonwalescencja (CDB17)	2 miesiące			
Pobyt w sanatorium (SSB17)	2 miesiące			
Specjalistyczne leczenie (STB17)	3 miesiące			
Ubezpieczenie lekowe (MCR17)	2 miesiące			
Operacje (MSR17_A+)	2 miesiące			
Operacje wskutek NW (MSR17_A)				
Operacje - wariant rozszerzony (MSR17_2A+)	2 miesiące			
Miesięczna wypłata na wypadek niezdolności do pracy (IPB17)				

Karencje – Umowy Rodzinne	6 miesięcy	Brak	6 miesięcy	Brak
Śmierć Małżonka (DSB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Śmierć Małżonka wskutek NW (SADR17)				
Śmierć Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (SADT17)				
Uszczerbek Małżonka wskutek NW (SLHB17)				
Śmierć Dziecka (DCB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Narodziny martwego Dziecka (SBB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Osierocenie Dziecka (OCB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Śmierć Rodzica wskutek NW (ADPB17)				
Poważne zachorowania Małżonka (SCIB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Ochrona na wypadek nowotworu Małżonka (SCCB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Poważne zachorowania Małżonka na choroby zakaźne (SCIB17_D)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Poważne zachorowania Dziecka (CCIB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Pobyt w szpitalu Małżonka (SHDB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Pobyt w szpitalu Małżonka wskutek NW (SAHDB17)				
Pobyt w szpitalu Dziecka (CHDB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Pobyt w szpitalu Dziecka wskutek NW (CAHDB17)				
Trwały uszczerbek dziecka wskutek NW (CLHB17)				
Karencje – Umowy Śmierć Rodziców/ Urodzenie Dziecka	6/ 9 miesięcy	Brak	6/ 9 miesięcy	Brak
Śmierć Rodzica (DPB17)	6 miesięcy		6 miesięcy	
Urodzenie Dziecka (BCB17)	9 miesięcy		9 miesięcy	

* dla umowy od 8 uprawnionych Pracowników brak weryfikacji medycznej

Nadrzędną zasadą ponad powyższe jest bezwzględne zastosowanie rozszerzonej ankiety medycznej w stosunku do:

Partnera, gdy

- Suma ubezpieczenia (SU) > **70 000 zł** lub
- w dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończony 70 rok życia.

Małżonka/ pełnoletniego Dziecka, gdy

- Suma ubezpieczenia (SU) > **120 000 zł** lub
- Suma ubezpieczenia (SU) > **90 000 zł** i ≤ **120 000 zł** gdy w poprzednim ubezpieczeniu suma ubezpieczenia była mniejsza lub równa **90 000 zł** lub
- w dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową mają ukończony 70 rok życia.

Współpracownika/ Zleceniowca, gdy

- Suma ubezpieczenia (SU) > **120 000 zł** lub
- w dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową mają ukończony 70 rok życia.*

Niniejszy dokument zawiera informację o karencjach mających zastosowanie dla przystępujących do ubezpieczenia w ciągu pierwszych trzech okresów rozliczeniowych w przypadku częstotliwości miesięcznej lub w pierwszym okresie rozliczeniowym w przypadku innych częstotliwości niż miesięczna licząc od daty nabycia uprawnień. W pozostałych przypadkach mają zastosowanie karencje zgodnie z OWU.

PROG – wypłata progresywna świadczenia, która rośnie w pierwszych miesiącach ochrony wraz ze stażem w ubezpieczeniu, tj. 20% Sumy ubezpieczenia – w pierwszych 3 miesiącach od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, 50% Sumy ubezpieczenia – od 4. do końca 6. miesiąca oraz 80% Sumy ubezpieczenia – od początku 7. do końca 9. miesiąca. Po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy ubezpieczenia.

„Kontynuacja ubezpieczenia” – o kontynuacji ubezpieczenia mówimy wtedy, gdy Ubezpieczony:

- przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc Ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie Umowy Ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu Umowy dodatkowej, co oznacza, iż świadczenie należne z niniejszej Umowy byłoby należne z Umowy z poprzednim Ubezpieczycielem;
- Ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. a), wygasła w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia go Ochroną ubezpieczeniową i nie później niż 30. dnia po objęciu go Ochroną ubezpieczeniową.
- Umowa Ubezpieczenia grupowego na życie zawarta przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń zakończyła się nie wcześniej niż 30. dnia przed i nie później niż 30. dnia po rozpoczęciu nowej Umowy ubezpieczenia grupowego z Nationale-Nederlanden.

Ważne definicje

Dotyczące umowy

Ubezpieczyciel	Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa (Nationale-Nederlanden).
Ubezpieczający	Osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej. Ubezpieczającym jest zwykle Pracodawca, ale może to być także zrzeszenie, fundacja, stowarzyszenie, związek zawodowy i każda inna organizacja zrzeszająca grupę ludzi w ramach jednej struktury.
Pracownik	Osoba ubiegająca się o przystąpienie do ubezpieczenia. Warunkiem uczestnictwa w ubezpieczeniu jest spełnienie przez Pracownika następujących kryteriów: ukończenie 15 lat i nieukończenie 75 lat, istnienie określonego w polisie stosunku prawnego łączącego Pracownika z Ubezpieczającym, np.: umowa o pracę, kontrakt menedżerski, umowa zlecenie, umowa o współpracę, spełnienie innych kryteriów ustalonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, określonych w polisie, w szczególności kryteriów przynależności do podgrupy. Takimi kryteriami mogą być np.: staż pracy u Ubezpieczającego, przynależność do grupy Pracowników (menedżerowie, kierownicy, pracownicy umysłowi, fizyczni itd.), rodzaj umowy łączącej z Pracodawcą.
Ubezpieczony	Osoba, której życie i zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową, czyli: Pracownik, Współubezpieczony (Małżonek, Partner, pełnoletnie Dziecko Ubezpiezonego).
Umowa główna	Umowa Ubezpieczenia grupowego na życie obejmująca zakresem ubezpieczenie z tytułu śmierci Ubezpiezonego oraz Współubezpiezonego.
Umowa dodatkowa	Umowy dotyczące ochrony życia i zdrowia Pracownika, a także członków jego rodziny.

Dotyczące obsługi

Rocznica polisy	Każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Jeśli odpowiedzialność rozpoczęła się 29 lutego, rocznicą polisy w roku, w którym nie ma takiej daty, będzie 28 lutego. Na przykład: dla umowy zawartej 1 maja 2015 r. rocznica przypada na 1 maja 2016 r.
Dzień wymagalności składki	Pierwszy dzień okresu za który, zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek, należna jest składka całkowita. Na przykład: przy częstotliwości miesięcznej okres rozliczeniowy to 1-31 maja, a dzień wymagalności to 1 maja.
Okres rozliczeniowy	Okres pomiędzy następującymi po sobie dniami wymagalności składki, np. 1-31 maja i 1-30 czerwca.
Składka	Kwota opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpiezonego lub Współubezpiezonego, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Ubezpieczycielem.





Obsługa bieżąca

Obsługa Ubezpieczenia grupowego w Nationale-Nederlanden.....	18
Terminy zgłaszania zmian i dokonywania płatności.....	19
Jakie dokumenty należy złożyć.....	20
Dołączanie do ubezpieczenia dodatkowych osób.....	22
Co zrobić, gdy.....	23

Obsługa Ubezpieczenia grupowego w Nationale-Nederlanden

Zależy nam, aby obsługa naszego ubezpieczenia była bezproblemowa, a osoby zajmujące się nią po stronie Ubezpieczonego miały poczucie, że świadczymy wsparcie także w tym zakresie.

Dlatego podpowiadamy, co należy robić, by codzienne zarządzanie polisą było efektywne.

Należy pamiętać o tym, aby:

- przysyłać informacje o zmianach w grupie (kto przystępuje/ występuje). Informacje muszą być przesyłane w formie pisemnej – papierowo lub mailowo,
- monitorować rozliczenie składek – za kogo wpłynęły. Jeśli dana składka nie wpłynęła – wyjaśnić zmiany,
- informować o sposobach zgłaszania roszczeń, pomagać Pracownikom w zgłaszaniu roszczeń (np. jakie dokumenty mają dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia oraz sposoby zgłoszenia; rekomendować także korzystanie z formularzy na stronie internetowej),
- zgłaszać nowych Pracowników do ubezpieczenia oraz na bieżąco informować o zmianach u Pracowników i Pracodawcy (dane osobowe, osoby uposażone).



My zaś – jako Nationale-Nederlanden – ze swojej strony, w celu usprawnienia obsługi, zobowiązujemy się do:

- wysyłki dokumentu księgowego za ubezpieczenie zgodnie z okresem rozliczeniowym,
- przedstawienia na 30 dni przed rocznicą oferty przedłużenia ubezpieczenia,
- monitorowania przepływu płatności w bieżącej obsłudze:
 - odpowiedzi na sprawy zgłoszone drogą mailową w ciągu 48 godzin od wpłynięcia maila,
 - kontaktu z Klientem w ciągu maksymalnie 48 godzin od zgłoszenia problemu,
 - analizy reklamacji i przedstawienia swego stanowiska w sprawie w ciągu 30 dni roboczych od wpłynięcia zgłoszenia,
 - informowania na bieżąco każdego Ubezpieczonego o warunkach ubezpieczenia i o każdej zmianie tych warunków.

Wspólnie, realizując powyższe założenia, możemy usprawnić wzajemną pracę i spowodować, że obsługa ubezpieczenia będzie odbywała się sprawnie dla obu stron umowy.

Terminy zgłaszania zmian i dokonywania płatności

Poniżej przedstawiamy podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących terminów zgłaszania zmian i dokonywania płatności w ramach naszego ubezpieczenia. Warto o nich pamiętać.

Zgłaszanie zmian i dokonywanie płatności

Zmiany dotyczące Ubezpieczonych: przystąpienia, wystąpienia, zawieszenia, odwieszenia, rezygnacje	<ul style="list-style-type: none">• Na 7 dni przed okresem rozliczeniowym• Możliwe ustalenie indywidualnego terminu
Zmiana danych: adresu, nazwiska, osoby uposażonej	Bezwłocznie po wystąpieniu zmiany
Zmiany rocznicowe	Na 30 dni przed rocznicą
Data wystawienia dokumentu księgowego	Na 3 dni przed okresem rozliczeniowym
Kiedy trzeba wpłacić składki	Pierwszego dnia okresu rozliczeniowego. W przypadku nieopłacenia składki w terminie, pierwsze wezwanie do zapłaty następuje po 14 dniach od daty wymagalności, drugie – po 44 dniach, z podaniem ostatecznego terminu płatności
Rozwiązanie umowy z powodu zalegania w płatnościach	Po 60 dniach od dnia wymagalności faktury



Jakie dokumenty należy złożyć

Zgłaszanie zmian	Ubezpieczenie grupowe	Forma wysyłki
Osoby przystępujące do ubezpieczenia	Wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia dla Pracownika, wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia dla osoby współubezpieczonej	Skan e-mailem oraz oryginał pocztą, możliwość przekazania za pośrednictwem Przedstawiciela do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden (oryginalny wniosek zawsze musi być dostarczony do Biura Centralnego)
Osoby występujące z ubezpieczenia	Wniosek o wystąpienie lub oświadczenie Ubezpieczającego. W przypadku dobrowolnej rezygnacji niezbędny jest także podpis Ubezpieczonego.	Skan e-mailem oraz oryginał pocztą, możliwość przekazania za pośrednictwem Przedstawiciela do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden (oryginalny wniosek zawsze musi być dostarczony do Biura Centralnego)
Zmiany danych osobowych Ubezpieczonych	Wniosek o aktualizację danych lub oświadczenie Ubezpieczającego	Skan e-mailem oraz oryginał pocztą do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden (oryginalny wniosek zawsze musi być dostarczony do Biura Centralnego)
Zmiany Uposażonych	Wniosek o aktualizację danych lub oświadczenie Ubezpieczającego	Oryginał pocztą do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden (oryginalny wniosek zawsze musi być dostarczony do Biura Centralnego)
Zmiany dotyczące firmy	Wniosek o zmianę danych Ubezpieczającego wraz z dokumentacją urzędową potwierdzającą zmiany	Skan e-mailem oraz oryginał pocztą do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden (oryginalny wniosek zawsze musi być dostarczony do Biura Centralnego)
Osoby zmieniające podgrupę	Oświadczenie Ubezpieczającego podpisane przez Ubezpieczonego	Skan e-mailem oraz oryginał pocztą do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden (oryginalny wniosek zawsze musi być dostarczony do Biura Centralnego)
Zawieszenie opłacania składek	Wniosek Ubezpieczającego o zawieszenie opłacania składek (dotyczy całego kontraktu, jak i poszczególnych Pracowników)	Pisemnie do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden
Przywrócenie opłacania składek	Wniosek Ubezpieczającego o wznowieniu opłacania składek (dotyczy całego kontraktu, jak i poszczególnych Pracowników)	Mailowo lub pisemnie do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden



Jakie dokumenty należy złożyć

Zgłaszanie zmian	Ubezpieczenie grupowe	Forma wysyłki
Informacje o wpłatach i zmianach w wysokościach składek dodatkowych	Oświadczenie Ubezpieczającego	Pisemnie do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden
Zmiany zakresu ubezpieczenia	Oświadczenie – można też zmienić sumy i składkę	Pisemnie na 45 dni przed rocznicą umowy do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden
Przystąpienie do Assistance oferowanego przez Chubb European Group Ltd., gdzie Ubezpieczającym na rzecz swoich Klientów jest Nationale-Nederlanden	Wniosek o przystąpienie do Assistance	Pisemnie, łącznie z wnioskiem o przystąpienie do ubezpieczenia, do Biura Centralnego Nationale-Nederlanden



Wszystkie wymienione dokumenty są dostępne na stronie www.nn.pl/dokumenty.



Dane kontaktowe:

 801 20 30 40

 info.grupowe@nn.pl

 www.nn.pl

Dołączanie do ubezpieczenia dodatkowych osób

Jak dołączać do ubezpieczenia dodatkowe osoby

Oprócz zakresu ubezpieczenia obejmującego ryzyka związane z życiem i zdrowiem członków rodziny, Nationale-Nederlanden umożliwia również wykupienie odrębnego ubezpieczenia w formie Ubezpieczenia grupowego dla pełnoletniego Dziecka, Małżonka i Partnera.

Pełnoletnie Dzieci, Małżonkowie oraz Partnerzy muszą spełnić wskazane kryteria i warunki, a także wypełnić wnioski o przystąpienie. W przypadku ryzyka odbiegającego

od standardowego, Nationale-Nederlanden może zastosować w stosunku do tych osób karencję lub weryfikację medyczną.

Stopa przystąpienia

Aby ubezpieczenie mogło zostać zawarte w formie Ubezpieczenia grupowego, należy ubezpieczyć odpowiednią liczbę osób. Tę liczbę określa się na podstawie stopy przystąpienia, którą odnosi się do liczby wszystkich Pracowników w danej firmie.



Co zrobić, gdy...



Został zatrudniony nowy Pracownik i chce przystąpić do ubezpieczenia

Należy wypełnić wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia i wysłać go do Nationale-Nederlanden, najpóźniej na 7 dni przed okresem rozliczeniowym, w którym ma być uwzględnione zgłoszenie.

Pracownik, który był objęty ubezpieczeniem, rozwiązał stosunek prawny z Pracodawcą

Należy wypełnić wniosek o wystąpienie z ubezpieczenia i wysłać go niezwłocznie do Nationale-Nederlanden, najpóźniej na 7 dni przed okresem rozliczeniowym, w którym ma być uwzględniona zmiana.

Pracownik zmienił dane osobowe

Należy jak najszybciej przesłać do Nationale-Nederlanden wypełniony przez Ubezpieczonego druk aktualizacji danych.

Pracownik chce zmienić osobę uposażoną

Należy wypełnić wniosek o aktualizację danych. W przypadku wyznaczenia więcej niż jednego Uposażonego prosimy pamiętać, aby % uposażania sumował się do 100%.

Firma chce odnowić polisę

- Na 30 dni przed końcem roku polisowego Nationale-Nederlanden poinformuje o kontynuacji ochrony na niezmiennych warunkach lub zaproponuje nowe warunki.
- Umowa zostanie przedłużona na kolejny rok polisowy po uiszczeniu przez Ubezpieczającego Składki całkowitej w tej samej lub nowej wysokości.

Firma zmieniła dane

Należy wysłać do Nationale-Nederlanden dokument potwierdzający dokonanie zmiany, np. KRS, zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej. Poza dokumentami rejestrowymi firmy niezbędne jest dostarczenie oświadczenia o zmianie od Ubezpieczającego.

Pracownik ma wykupiony pakiet i chce skorzystać z pomocy Assistance

Należy zadzwonić na Infolinię Chubb Assistance:

☎ **22 568 98 20**

Infolinia dostępna 24 godziny na dobę.

W celu identyfikacji Pracownika konieczne będzie podanie numeru PESEL.

Pracownik chciałby indywidualnie kontynuować Ubezpieczenie grupowe

Pracownik, który był w ubezpieczeniu min. 6 miesięcy, rozwiązał stosunek prawny łączący Pracownika z Pracodawcą (przy zmianie Towarzystwa zaliczamy staż u poprzedniego Ubezpieczyciela tylko w przypadku, gdy było to Ubezpieczenie grupowe), we wniosku o wystąpienie z Ubezpieczenia grupowego zaznacza zgodę na otrzymanie oferty indywidualnej kontynuacji lub kontaktuje się z Biurem Centralnym (telefonicznie, mailowo, pisemnie), nie później niż w ciągu 30 dni od wystąpienia z Ubezpieczenia grupowego.

W jaki sposób zgłosić chęć kontynuacji

Chęć kontynuacji należy zgłosić telefonicznie pod numerem Infolinii: ☎ **801 20 30 40** lub mailowo: ✉ **info.grupowe@nn.pl**

Reklamacje

Tryb i sposób rozpatrywania Reklamacji reguluje Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz zasady zawarte w Informacji o sposobie postępowania z Reklamacjami (zwane: polityką reklamacyjną), która jest dostępna na stronie internetowej www.nn.pl

Z Ustawy wynikają określone prawa i obowiązki zarówno dla Klienta jak i dla Towarzystwa. Jeśli Klient chce złożyć Reklamację (odwołanie od świadczenia to także Reklamacja) ważne jest aby zrobił to zgodnie z polityką bo wtedy może korzystać z określonych praw.

Poniżej odpowiadamy na najważniejsze pytania dotyczące Reklamacji, przywołując odpowiednie artykuły z ustawy.

Co to jest Reklamacja?	Art. 2 ust.2 To wystąpienie skierowane do podmiotu rynku finansowego przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez podmiot rynku finansowego. Odwołanie od decyzji dotyczącej świadczenia również jest Reklamacją.
Kto może złożyć Reklamację?	Art. 2 ust. 1 Klient podmiotu rynku finansowego (osoba fizyczna) <ul style="list-style-type: none">• Ubezpieczający• Ubezpieczony• Uposażony• Uprawniony z umowy ubezpieczenia Reklamacji w imieniu Klienta nie może złożyć PUF, Pośrednik, Broker ani osoba administrująca polisę grupową.
Jak można złożyć Reklamację?	Art. 3 ust. 2 <ol style="list-style-type: none">1. Pisemnie – osobiście w punkcie obsługi Klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden lub przesyłką pocztową nadaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden2. Ustnie – na numery telefonów Infolinii albo osobiście do protokołu (podczas wizyty w punkcie obsługi Klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden)3. W formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden Reklamacja złożona w inny sposób zostanie również rozpatrzona. Różnica polega na tym, że w takim przypadku Klientowi nie przysługują prawa wynikające z Ustawy.
W jakim terminie Reklamacja zostanie rozpatrzona?	Art. 6 i 7 Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona w terminie: <ol style="list-style-type: none">a) Niezwłocznieb) Nie później niż 30 dni od dnia wpływu reklamacji.c) W szczególnie skomplikowanych uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni termin może zostać wydłużony do 60 dni. Informacja o przedłużeniu terminu powinna zawierać:<ul style="list-style-type: none">• wyjaśnienie przyczyny opóźnienia• wskazanie okoliczności które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy• określenie przewidywanego terminu rozpatrzenia reklamacji i udzielenie odpowiedzi ale nie dłużej niż w ciągu 60 dni od dnia otrzymania reklamacji Do zachowania terminu odpowiedzi na reklamację wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. Odpowiedzi na Reklamację wysyłamy listem poleconym, chyba, że Klient poprosi o odpowiedź e-mailem <u>Ważne: jeśli Klient złoży reklamację u osoby administrującej polisę grupową należy ją niezwłocznie przekazać do Biura Centralnego NN!</u>
W jakiej formie wysyłana jest odpowiedź na Reklamację?	Art. 5 Pisemnie – jest to domyślna forma udzielania odpowiedzi na reklamację. Mailowo – odpowiedź na reklamację może zostać wysłana na elektroniczny adres korespondencji wyłącznie na wniosek Klienta.
Jakie prawa przysługują Klientowi?	Art. 8 W przypadku niedotrzymania terminu (...), reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta. Poprzez niedotrzymanie terminu uważa się brak odpowiedzi lub odpowiedź po terminie.



Jak zgłosić świadczenia z tytułu ubezpieczenia

Informacje ogólne.....	27
Wykaz dokumentów.....	31

Informacje ogólne



Świadczenie z tytułu ubezpieczenia możesz zgłosić poprzez:

1 Aplikację on-line

Wypełnij interaktywny formularz oraz prześlij skany wymaganych dokumentów poprzez aplikację on-line dostępną na stronie Nationale-Nederlanden pod adresem: www.nn.pl/zglos-zdarzenie (należy wybrać „Zgłoś zdarzenie w Ubezpieczeniu grupowym”).

2 Wersję papierową wniosku – korespondencyjnie lub osobiście

Wyślij wniosek o wypłatę świadczenia wraz z wymaganymi dokumentami do siedziby głównej firmy lub złóż go osobiście www.nn.pl do Biura Centralnego: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, lub w jednym z Oddziałów mieszczących się na terenie Polski – wykaz placówek znajduje się na stronie: www.nn.pl/kontakt.

3 Telefonicznie


Zadzwoń pod numer Infolinii: ☎ 801 20 30 40.

Opcja dostępna jedynie w przypadku wypłat z tytułu śmierci. W czasie 24 godzin od zgłoszenia i po pozytywnej weryfikacji danych, przeprowadzonej podczas rozmowy telefonicznej, zostanie dokonana pierwsza wypłata z należnego świadczenia w wysokości maks. 5 000 zł. **Pozostała część zostanie wypłacona po dostaniu i weryfikacji wniosku oraz dokumentów dot. wypłaty.** (Ubezpieczony musi być objęty ochroną ubezpieczeniową minimum 1 rok).


Szczegółowe informacje o możliwości zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego


1 Zgłoszenie za pośrednictwem Formularza elektronicznego na stronie:  www.nn.pl/zglos-zdarzenie

Dlaczego warto wybrać zgłoszenie świadczenia on-line

Dla Klienta to prosty sposób na zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia 24 godziny na dobę, bez konieczności wychodzenia z domu. Aplikacja umożliwia załączanie skanów dokumentów i znajduje się na stronie internetowej Nationale-Nederlanden pod adresem:  www.nn.pl/zglos-zdarzenie (zakładka „Ubezpieczenie grupowe”).

Zgłoś zdarzenie w ubezpieczeniu grupowym

 Formularz dla ubezpieczeń indywidualnych



- 1** Rodzaj zdarzenia i dane osobowe
- 2** Informacje na temat zdarzenia
- 3** Sposób wypłaty świadczenia
- 4** Załączniki

Osoba składająca wniosek

Ubezpieczony / Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia Opiekun umowy ze strony Ubezpieczającego

Rodzaj Zdarzenia

Rodzaj zdarzenia

Wybierz jedną z opcji

- Wybierz jedną z opcji
- Narodziny dziecka
- Operacja
- Trwałe inwalidztwo
- Niezdolność do pracy
- Uszczerbek na zdrowiu
- Poważne zachorowanie / nowotwory

Dane Ubezpieczającego


Numer polisy*

Nazwa firmy*


Ubezpieczony / Współubezpieczony





2 Za pośrednictwem tradycyjnego wniosku o wypłatę świadczenia.

Wniosek ten, wraz z załączonymi dokumentami, należy dostarczyć osobiście lub przesłać do  Biura Centralnego: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

Uwaga:

Wszystkie dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczającego, Przedstawiciela Nationale-Nederlanden, notariusza, urząd, który wydał dokument, lub poprzez złożenie stosownego oświadczenia, które dostępne jest na naszej stronie:  www.nn.pl/dokumenty (zakładka „Ubezpieczenia grupowe”).

Jeżeli dostarczenie dokumentów w wyżej wymienionej formie jest niemożliwe bądź utrudnione, lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić dokumentów, zobowiązana jest ona do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji (np.: sądu, prokuratury, placówki medycznej), w której dokumenty te się znajdują. Powyższe informacje można przekazać, dzwoniąc pod numer Infolinii:  801 20 30 40 lub wysyłając wiadomość e-mailową na adres:  info.swiadczeniagrupowe@nn.pl.

W przypadku konieczności uzupełnienia dokumentów do wcześniej złożonego wniosku można skorzystać z dodatkowej funkcjonalności dostępnej na stronie www.nn.pl umożliwiającej uzupełnienie dokumentów.



Ubezpieczenie na życie Ochrona zdrowia Emerytura Przyszłość dziecka Gromadzenie kapitału Ochrona pracowników

Zgłoś zdarzenie w Nationale Nederlanden

Zdarzenie w ubezpieczeniu indywidualnym

- Formularz zgłoszenia zdarzenia wraz z załącznikami dla ubezpieczeń indywidualnych
- Doślij dodatkowe dokumenty do zdarzenia w ubezpieczeniu indywidualnym

Zdarzenie w ubezpieczeniu grupowym

- Formularz zgłoszenia zdarzenia wraz z załącznikami dla ubezpieczeń grupowych
- Doślij dodatkowe dokumenty do zdarzenia w ubezpieczeniu grupowym

Aby uzyskać świadczenie, należy:

1. Zgromadzić niezbędne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia.
2. W przypadku braku możliwości dostarczenia oryginałów dokumentów należy ich kopie potwierdzić za zgodność z oryginałem.
3. Wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia.
4. Dołączyć zebraną dokumentację do wniosku lub, w przypadku jej braku, wskazać placówkę, z jakiej Towarzystwo będzie mogło ją pozyskać.
5. Komplet dokumentów wraz z wnioskiem dostarczyć jednym z dostępnych kanałów do Towarzystwa.

W jakiej formie i gdzie należy zgłosić zdarzenie

Zdarzenie można zgłosić:

- wypełniając **wniosek on-line** na stronie: 🌐 www.nn.pl/zglos-zdarzenie (zakładka „Ubezpieczenia grupowe”),
- wypełniając **wniosek w formie papierowej**, a następnie:
- **oddać go** osobie obsługującej ubezpieczenie lub Przedstawicielowi,
- **wysłać** samodzielnie na adres Biura Centralnego: 🏠 Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00–342 Warszawa.

W jaki sposób można uzupełnić dokumenty do już złożonego wniosku

Dokumenty należy:

- wysłać za pośrednictwem aplikacji na stronie: 🌐 www.nn.pl/zglos-zdarzenie (zakładka „Ubezpieczenia grupowe”), wybierając opcję Doślij załączniki do zdarzenia w ubezpieczeniu grupowym,
- wysłać samodzielnie na adres Biura Centralnego: 🏠 Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00–342 Warszawa.

Ważne:

Przesyłając zgłoszenie zdarzenia lub uzupełniając dokumenty, warto podać aktualne dane teleadresowe (numer telefonu, adres mailowy). Ułatwi nam to kontakt w sprawie zgłoszonego zdarzenia.

Jaki jest czas na zgłoszenie zdarzenia

Zdarzenie powinno być zgłoszone po jego zajściu lub zakończeniu leczenia, nie później niż w przeciągu 3 lat od zajścia zdarzenia (reguluje to Kodeks cywilny).

Kto może poświadczyć kopie dokumentów

Dokumenty może poświadczyć osoba reprezentująca Ubezpieczającego (Pracodawcę), Przedstawiciel Nationale-Nederlanden lub uprawniony organ (notariusz) lub sam Ubezpieczony poprzez złożenie oświadczenia dostępnego na stronie: 🌐 www.nn.pl/dokumenty (zakładka „Ubezpieczenia grupowe”).

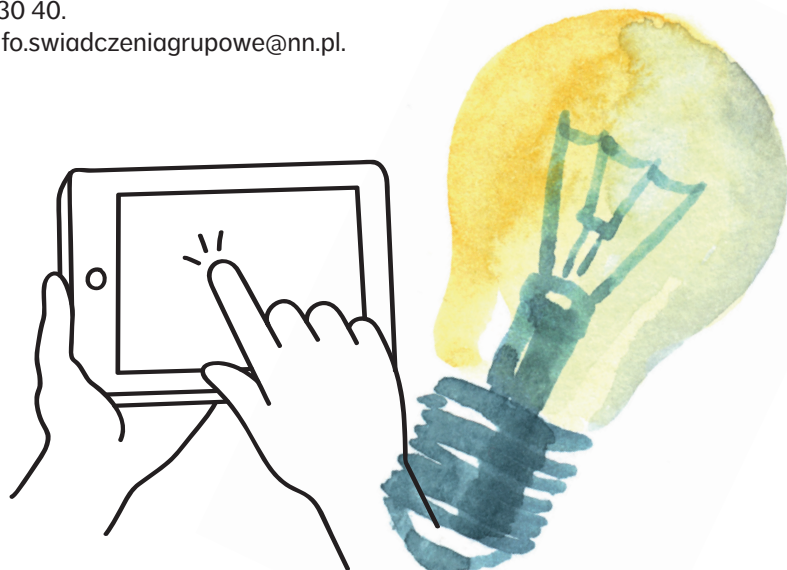
Gdzie znajdują się wnioski o wypłatę świadczenia i wykaz dokumentów

W załączonych materiałach oraz na stronie: 🌐 www.nn.pl/strefa-klienta (zakładka „Ubezpieczenia grupowe”).

W przypadku pytań związanych ze zgłaszanym lub zgłoszonym roszczeniem:

Zadzwoń pod numer Infolinii: ☎ 801 20 30 40.

Wyślij zapytanie na adres mailowy: ✉ info.swiadzeniagrupowe@nn.pl.



Poniżej przedstawiamy wykaz wszystkich dokumentów stanowiących podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

Śmierć Ubezpieczonego MAIN	<ul style="list-style-type: none">wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze,raport policyjny, jeśli został sporządzony,ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ADR	<ul style="list-style-type: none">wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze,dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony),postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia,ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego ADT	<ul style="list-style-type: none">wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze,dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony),postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia,ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy WADR	<ul style="list-style-type: none">wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze,dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (protokół BHP lub karta wypadku przy pracy, raport policyjny – jeśli był sporządzony),postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia,ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
Śmierć spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu HSDR	<ul style="list-style-type: none">wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze,pełna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia,wynik sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzona,ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia

<p>Trwałe inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem</p> <p>PDR/PDR+</p>	<p>Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku trwałego częściowego inwalidztwa – po wystawieniu dokumentu potwierdzającego inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • orzeczenie inwalidztwa, inne dokumenty medyczne niezbędne do wypłaty świadczenia, • dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Poważne zachorowanie Ubezpieczonego/ Nowotwory</p> <p>CIB/CCB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • pełna dokumentacja medyczna z leczenia choroby będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę (karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań, historia choroby), • inne opinie i wyniki badań laboratoryjnych oraz dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty, • odpis wyniku badania histopatologicznego, • dokumenty potwierdzające wykonanie zabiegu chirurgicznego w przypadku nowotworu łagodnego lub potwierdzające diagnozę nowotworu objętego zakresem Umowy, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia <p><u>W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie złamania kości lub zwłknięcia stawu c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
<p>Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem</p> <p>LHB</p>	<p>Wniosek zostanie rozpatrzony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po upływie 3 lat od daty nieszczęśliwego wypadku.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • pełna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji wraz z opinią lekarza prowadzącego dotyczącą stanu zdrowia po przebytych urazach, • postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia

<p>Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem z leczeniem powypadkowym</p>	<p>Wniosek zostanie rozpatrzony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po upływie 3 lat od daty nieszczęśliwego wypadku.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny - jeśli był sporządzony), • pełna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji wraz z opinią lekarza prowadzącego dotyczącą stanu zdrowia po przebytym urazie, • postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>LHBH</p>	<p><u>W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie złamania kości lub zwichnięcia stawu c) przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu na Portal Ubezpieczonego.
<p>Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu</p>	<p>Wniosek zostanie rozpatrzony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie wcześniej jednak niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od daty nieszczęśliwego wypadku.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • pełna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji wraz z opinią lekarza prowadzącego dotyczącą stanu zdrowia po przebytym zawałe serca lub udarze mózgu, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia.
<p>LHSD</p>	
<p>Niezdolność Ubezpieczonego do pracy</p>	<p>Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku trwałego częściowego inwalidztwa – po wystawieniu dokumentu potwierdzającego inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • pełna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji, • dokumenty potwierdzające rozpoznanie choroby lub okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • dokumenty potwierdzające orzeczenie niezdolności do pracy (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, orzeczenie komisji lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych; orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej; orzeczenie lekarza rzeczoznawcy KRUS, • postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>PDW/TPD</p>	

<p>Niezdolność Ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela</p>	<p>Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:</p> <ol style="list-style-type: none"> wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, dokumentacji medycznej potwierdzającej Okresową niezdolność do pracy nauczyciela, chorobę zagrażającą wystąpieniu choroby zawodowej skutkującej okresową niezdolnością do pracy nauczyciela lub chorobę w której powstaniu czynniki środowiska pracy lub sposób wykonywania pracy odgrywają istotną rolę, decyzji o orzeczeniu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub decyzji dyrektora placówki oświatowej o przyznaniu Urlopu w celu poratowania zdrowia w oparciu o orzeczenie Lekarza, innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
<p>Operacja Ubezpieczonego MSR/MSR+/MSR2A+</p>	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, pełna dokumentacja medyczna od chwili pojawienia się pierwszych objawów choroby aż do leczenia operacyjnego w przypadku operacji spowodowanej wypadkiem: dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny - jeśli był sporządzony), ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu HDB/AHDB/ATHDB/WAHDB</p>	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, w przypadku pobytu na OIOM – karta informacyjna określająca pobyt na OIOM, w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem: dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z leczeniem poszpitalnym HDBH</p>	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, w przypadku pobytu na OIOM - karta informacyjna określająca pobyt na OIOM, w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem: dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny - jeśli był sporządzony), ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia <p><u>W celu rozpoczęcia realizacji Programu zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest przelać na adres nn_ubezpieczenia@tuzdrowie.pl następujące dokumenty:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> podpisany „Wniosek o rozpoczęcie Programu zdrowotnego” znajdujący się na stronie www.tuzdrowie.pl, oraz kopię karty wypisowej ze Szpitala – kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, przez okres co najmniej 10 dni, lub przekazać w/w dokumenty on – line po zalogowaniu do Portalu Ubezpieczonego.

Pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, dokumentacja medyczna potwierdzająca zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
SSB	<ul style="list-style-type: none"> karta wypisu ze szpitala, kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego, skierowanie na leczenie uzdrowskowe wystawione przez lekarza i potwierdzone przez osobę upoważnioną przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt w Sanatorium, ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
Ubezpieczenie lekowe	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, w przypadku pobytu na OIOM – karta informacyjna określająca pobyt na OIOM, w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem: dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
MCR	
Leczenie specjalistyczne	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, odpis badania potwierdzającego wykonanie specjalistycznego leczenia będącego podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
STB	
„Miesięczna wypłata” na wypadek niezdolności do pracy	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), zwolnienie lekarskie potwierdzające nieprzerwaną Niezdolność do pracy, orzeczenie o Niezdolności do pracy lub przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzająca wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji (np.: karta informacyjna z leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań), ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
IPB	
Rekonwalescencja	<ul style="list-style-type: none"> wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, dokumentacja medyczna potwierdzająca zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem: karta wypisu ze szpitala, kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego,
CDB	

<p>Poważne zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego/ Nowotwory</p> <p>SCIB/SCCB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem potwierdzającym pozostawanie w związku małżeńskiego (wzór do pobrania na stronie: www.nn.pl), • pełna dokumentacja medyczna z leczenia choroby będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę (karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań, historia choroby), • inne opinie i wyniki badań laboratoryjnych oraz dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty, • odpis wyniku badania histopatologicznego, • dokumenty potwierdzające wykonanie zabiegu chirurgicznego w przypadku nowotworu łagodnego lub potwierdzające diagnozę nowotworu objętego zakresem Umowy, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego</p> <p>CCIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • odpis aktu urodzenia Dziecka, • pełna dokumentacja medyczna z leczenia choroby będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę (karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań, historia choroby), • inne opinie i wyniki badań laboratoryjnych oraz dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty, • ważna legitymacja szkolna lub legitymacja studencka w przypadku, gdy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18. rok życia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Śmierć Małżonka</p> <p>DSB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Małżonka, wystawione przez lekarza lub odnośne władze, • raport policyjny, jeśli został sporządzony, • postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Śmierć Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku</p> <p>SADR/SADT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Małżonka, wystawione przez lekarza lub odnośne władze, • dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia

Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	Wniosek zostanie rozpatrzony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie wcześniej jednak niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od daty nieszczęśliwego wypadku.
SLHB	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem potwierdzającym istnienie związku małżeńskiego (wzór do pobrania na stronie: www.nn.pl), • dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • pełna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji wraz z opinią lekarza prowadzącego dotyczącą stanu zdrowia po przebytym urazie, • postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
Śmierć Rodzica/Śmierć Rodzica Małżonka	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu zgonu Rodzica/ Rodzica Małżonka, • w przypadku Śmierci Rodzica Małżonka: odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem potwierdzającym istnienie związku małżeńskiego (wzór do pobrania na stronie: www.nn.pl), • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
DPB	
Śmierć Rodzica/Śmierć Rodzica Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu zgonu Rodzica/ Rodzica Małżonka, • w przypadku Śmierci Rodzica Małżonka: odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem potwierdzającym istnienie związku małżeńskiego (wzór do pobrania na stronie: www.nn.pl), • dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
ADPB	
Osierocenie Dziecka	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawione przez lekarza lub odnośne władze, • akt urodzenia Dziecka, • w przypadku, gdy Dziecko jest pełnoletnie: poświadczona kopia dokumentu tożsamości Dziecka; w przypadku, gdy Dziecko jest nieletnie: kopia dokumentu tożsamości osoby występującej z wnioskiem, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
OCB	
Narodziny Dziecka/Przysposobienie	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu urodzenia Dziecka, • postanowienie sądu o przysposobieniu, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia,
BCB	
Śmierć Dziecka	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Dziecka, wystawione przez lekarza lub odnośne władze, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
DCB	
Narodziny martwego Dziecka	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu urodzenia Dziecka, które urodziło się martwe, • zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci oraz określające wiek płodu (tydzień ciąży), wystawione przez lekarza lub odnośne władze, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
SBB	

<p>Pobyt Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu</p> <p>SHDB/SAHDB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem potwierdzającym istnienie związku małżeńskiego (wzór do pobrania na stronie: www.nn.pl), • karta informacyjna z leczenia szpitalnego Małżonka, • w przypadku pobytu Małżonka na OIOM – karta informacyjna określająca pobyt na OIOM, • w przypadku pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem: dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu</p> <p>CHDB/CAHDB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • skrócony odpis aktu urodzenia Dziecka, • karta informacyjna z leczenia szpitalnego Dziecka, • w przypadku pobytu Dziecka na OIOM – karta informacyjna określająca pobyt na OIOM, • w przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem: dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • ważna legitymacja szkolna lub legitymacja studencka w przypadku, gdy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18. rok życia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem</p> <p>CLHB</p>	<p>Wniosek zostanie rozpatrzony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po upływie 3 lat od daty nieszczęśliwego wypadku.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • odpis aktu urodzenia Dziecka, • dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np.: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny – jeśli był sporządzony), • pełna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji, • postanowienie o umorzeniu dochodzenia lub postanowienie o zakończeniu dochodzenia, • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia
<p>Operacja Ubezpieczonego</p> <p>MSR/MSR+</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, • kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, • karta informacyjna z leczenia szpitalnego, • pełna dokumentacja medyczna od chwili pojawienia się pierwszych objawów choroby aż do leczenia operacyjnego, • w przypadku operacji spowodowanej wypadkiem: dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np: opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny - jeśli był sporządzony), • ewentualnie inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do odbioru świadczenia

* W przypadku zdarzenia spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym, w którym Ubezpieczony był kierowcą, a na miejsce zdarzenia nie była wzywana policja, należy dołączyć dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz dokumentów potwierdzających dopuszczenie pojazdu do ruchu zgodnie z przepisami prawa.

Świadczenie z Assistance realizowane przez Chubb Assistance Ltd.

Należy zadzwonić pod numer Infolinii: 📞 **22 568 98 20**

Świadczenie z Assistance na wypadek nowotworu realizowane przez Mondial Assistance

Należy zadzwonić pod numer Infolinii: 📞 **22 563 11 05**
Teleopieka Kardiologiczna: 📞 **22 591 95 86**



Aktualne formularze, wnioski oraz inne dokumenty dostępne są z możliwością pobrania na stronie:



www.nn.pl/strefa-klienta (zakładka „Ubezpieczenie grupowe”).



Nationale-Nederlanden ma silne, międzynarodowe korzenie.

Jesteśmy częścią Grupy NN, obecnej w ponad 18 krajach w Europie i w Japonii, specjalizującą się w ubezpieczeniach na życie, oszczędnościach i emeryturach. Zaufało nam już ponad 15 milionów Klientów na całym świecie.

W Polsce działaliśmy wcześniej jako ING Życie. I wtedy, i teraz pozostajemy w czołówce ubezpieczycieli zabezpieczających przyszłość finansową około 500 tysięcy Klientów, w tym ponad 140 tysięcy w ramach ubezpieczeń grupowych. Specjalizujemy się w ubezpieczeniach na życie, oferując proste i zrozumiałe produkty ubezpieczeniowe, ale nasza rola w społeczeństwie nie sprowadza się wyłącznie do sfery finansowej. Jako firma odpowiedzialna społecznie angażujemy się również i działamy w obszarze istotnych problemów społecznych dotyczących zdrowia i jakości życia Polaków. Bo dla nas Twoje życie jest ważne.

Stawiamy na jakość i satysfakcję Klienta
– potwierdza to:

- czterokrotna nagroda w rankingu „Gazety Bankowej” za obsługę najwyższej jakości,
- tytuł „Superbrand” 2013,
- otrzymana cztery razy z rzędu „Turbina Polskiej Gospodarki” za najlepszy produkt Małe i Średnie Przedsiębiorstwa (ostatnio w 2017 roku).



Dane kontaktowe:

- ☎ 801 20 30 40
- ✉ info.grupowe@nn.pl
- 🌐 www.nn.pl