

Zaznacz właściwe pole:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nieszczęśliwy wypadek | <input type="checkbox"/> Choroba | <input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego/Osierocenie dziecka | <input type="checkbox"/> Urodzenie dziecka |
| <input type="checkbox"/> Urodzenie martwego dziecka | <input type="checkbox"/> Śmierć dziecka | <input type="checkbox"/> Śmierć małżonka/partnera | <input type="checkbox"/> Śmierć rodzica |

Towarzystwo umożliwia zgłoszenie roszczenia w formie kopii lub skanu, jednocześnie zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów.

Numery polis

Nazwa zakładu pracy/
Ubezpieczającego

Dane osoby, której zdarzenie dotyczy

Zdarzenie dotyczy²⁾:

Pracownika <input type="checkbox"/>	Małżonka <input type="checkbox"/>	Partnera <input type="checkbox"/>	Dziecka <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL)

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PESEL

Państwo urodzenia (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL)

Obywatelstwo

Seria i numer dowodu osobistego/paszportu³⁾

Zawód wykonywany oraz wykształcenie^{1), 4), 5)}

Dane osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie?²⁾

Ubezpieczonego <input type="checkbox"/>	Uprawnionego/ Uposażonego <input type="checkbox"/>	Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego/Uposażonego <input type="checkbox"/>	Pełnomocnika Uprawnionego/Uposażonego ³⁾ <input type="checkbox"/>
---	---	---	---

Imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL)

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PESEL

Państwo urodzenia (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL)

Obywatelstwo

Seria i numer dowodu osobistego/paszportu

Adres zamieszkania/korespondencyjny w sprawie roszczenia

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon

E-mail

Wskazanie adresu e-mail i/lub numeru telefonu komórkowego oznacza zgodę na przekazywanie przez Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. informacji związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia, a w szczególności dotyczących zgłoszonego roszczenia na podany adres e-mail i/lub numer telefonu. Nie jest to zgoda na otrzymywanie ze strony Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. informacji reklamowych.

Dane dotyczące zdarzenia⁴⁾

Data zdarzenia

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Miejsce zdarzenia (nazwa, adres)

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

Opis obecnego stanu zdrowia¹⁾

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nie dotyczy

Data rozpoznania choroby

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nie dotyczy

Okres zwolnienia lekarskiego po hospitalizacji^{1), 5)} od

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

do

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nie dotyczy

Data zakończenia leczenia i rehabilitacji^{1), 5)}

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nie dotyczy

W trakcie

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 przesłanie kopii protokołu powypadkowego.

Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu wypadku była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub prowadzą postępowanie? Tak Nie

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, data)

Okres: od

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



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

Placówka podstawowej opieki zdrowotnej/lekarz rodzinny (nazwa, adres)³⁾.

Forma wypłaty świadczenia

Przelew na wskazany numer rachunku bankowego

Numer rachunku
bankowego

Nazwisko i imię
właściciela rachunku

Adres
właściciela rachunku

Rekomendujemy powyższą formę wypłaty ze względu na szybkość i bezpieczeństwo realizacji świadczenia. W przypadku braku wskazania formy wypłaty świadczenia środki zostaną wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji w sprawie roszczenia podany w niniejszym formularzu.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że przeslane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam, a informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. W razie poświadczenia nieprawdy zobowiązuję się zwrócić otrzymane świadczenie w terminie 14 dni od daty wezwania przez Towarzystwo.

Zostałem/am poinformowany/a przez Nationale-Nederlanden TUnZ S.A., że wszelkie reklamacje wynikające z umowy ubezpieczenia winny być przesyłane do Towarzystwa na piśmie, elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo, telefonicznie na numer wskazany przez Towarzystwo (do protokołu) lub osobiście w Agencji Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. (do protokołu).

W przypadku zaś nieuwzględnienia reklamacji przez Towarzystwo można się zwrócić w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta, lub istnieje możliwość wystąpienia za pośrednictwem do sądu powszechnego. Reklamacje Klientów będących osobami fizycznymi rozpatrywane są w ciągu 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo.

W sprawach szczególnie skomplikowanych wspomniany powyżej termin może ulec wydłużeniu maksymalnie do 60 dni, o czym osoba składająca reklamację zostanie poinformowana. Polityka rozpatrywania reklamacji jest dostępna na stronie internetowej Towarzystwa www.nn.pl.

Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia.

Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci.

Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden TUnZ S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Miejscowość i data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia, lub pełnomocnika, lub przedstawiciela ustawowego

¹⁾ Nie dotyczy w przypadku śmierci.

²⁾ Właściwie zaznaczyć.

³⁾ Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa oraz kopię dokumentu tożsamości pełnomocnika.

⁴⁾ Nie dotyczy w przypadku urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, osierocenia dziecka.

⁵⁾ Nie dotyczy w przypadku śmierci dziecka, śmierci rodzica, śmierci małżonka.

Informacje o wymaganych dokumentach w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej

Zdarzenie:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu ¹⁾ :
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3, 4 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego” 2. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu 4. kopia dokumentu tożsamości każdego z uposażonych/spadkobierców lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza lub organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP
• śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	1, 2, 3, 4, 11	5. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
• uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 24	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 (np. RTG, USG, MR, CT), karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz informujące o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
• groźna choroba; choroba nieuleczalna; leczenie specjalistyczne; uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	1, 10, 11, 24 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopia zwolnień lekarskich, w sytuacji niezdolności trwającej ponad 182 dni – kopia orzeczenia o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego, kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności
• pobyt w szpitalu; złamanie lub oparzenie; rekonwalescencja po pobycie w szpitalu; ubezpieczenie lekowe; operacja	1, 10, 12, 24 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 7, 9	9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku 10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza lub organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP
• niezdolność do pracy	1, 8, 10, 11, 27 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	11. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
• śmierć małżonka/partnera	1, 10, 13 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 9	12. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego 13. kopia odpisu skróconego aktu zgonu małżonka lub partnera
• śmierć dziecka	1, 10, 14, 23, 26 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 9	14. kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka 15. kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
• osierocenie dziecka	1, 2, 21, 22, 23 i jeśli zdarzenie dotyczy pasierba lub dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26	16. w przypadku zgonu ojczyma lub macochy kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy rodzicem a ojczymem lub macochą 17. w przypadku zgonu ojczyma lub macochy kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego
• urodzenie dziecka	1, 10, 19 i jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26	18. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego 19. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
• urodzenie martwego dziecka	1, 10, 19, 20 i jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26	20. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej czas trwania ciąży – w przypadku urodzenia martwego dziecka lub pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego) lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza lub organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP
• śmierć rodzica	1, 10, 15, 16, 17 i jeśli zdarzenie dotyczy śmierci rodzica małżonka, dodatkowo: 18. Jeśli zdarzenie dotyczy śmierci rodzica partnera, dodatkowo: 25. Ponadto, jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 9	21. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka w przypadku jego niepełnoletności 22. kopia dokumentu potwierdzającego kontynuowanie nauki w przypadku dzieci powyżej 19. roku życia, a w przypadku niezdolności do pracy dziecka – kopia zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji
• wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy o tym niezwłocznie	23. kopia dokumentu tożsamości małżonka, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz 18; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości dziecka lub 22 oraz 23; jeśli zdarzenie dotyczy pasierba lub dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26; jeśli zdarzenie dotyczy partnera, dodatkowo: 25 24. kopia dokumentu tożsamości partnera 25. kopia dokumentu tożsamości partnera 26. jeśli zdarzenie dotyczy pasierba: kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego: kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka 27. jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, dodatkowo: 18

¹⁾ Informujemy, że Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów. Za zgodność z oryginałami dokumenty mogą poświadczyc: notariusz lub osoby upoważnione w biurach sprzedaży Nationale-Nederlanden TUnZ S.A., osoby uprawnione z ramienia Ubezpieczającego (Pracownik Działu Kadr/Działu Personalnego Ubezpieczającego lub Radca Prawny, lub Kierownik Sklepu, lub Kierownik Oddziału/Filii/Jednostki terenowej Ubezpieczającego, poświadczający dokument pieczęcią firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem) lub Broker, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub organ wydający dokument.

Kto jest administratorem danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu tradycyjnego, czyli proponowania listownie umów ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail. Możemy to robić w sposób zautomatyzowany lub poprzez profilowanie danych,
- udostępnienia danych innym podmiotom z naszej Grupy Kapitałowej w celu proponowania przez nie usług.

Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych,
- dobrowolne, gdy dane mają być przetwarzane lub udostępnione w celu marketingowym.

W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- obowiązywania zgody, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy.

Jakie dane będziemy przetwarzać?

Będziemy przetwarzać dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia w zakresie danych identyfikacyjnych, kontaktowych, numeru rachunku bankowego oraz informacje o powiązanych z nimi produktach ubezpieczeniowych, a także inne dane, jeżeli ich przetwarzanie jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa.

Od kogo mamy dane?

Dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia zostały nam podane przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w trakcie zawierania lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Komu możemy przekazać dane osobowe?

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody.

Zapewniamy, że w przypadku podmiotów znajdujących się poza granicami Unii Europejskiej, dane są przekazywane zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na podstawie innych odpowiednich zabezpieczeń (przysługuje prawo do uzyskania ich kopii). Podmioty te stosują właściwe zabezpieczenia ochrony danych osobowych.

Jakie są prawa osoby, która przekazała nam dane?

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w celu marketingowym.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie przez nas danych osobowych, zanim ta zgoda została wycofana.

Osoba, która udostępniła nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pytania związane z przetwarzaniem przez nas danych osobowych prosimy kierować do naszego Inspektora Danych Osobowych na adres e-mail: iod@nn.pl.

Zespół Obsługi Klienta