



Wniosek o wypłatę świadczenia Pobyt w szpitalu lub operacja

Polisa nr _____

Pamiętaj, że zamiast drukować formularz papierowy możesz w szybki i wygodny sposób zgłosić zdarzenie przez stronę internetową:
www.nn.pl/zglos-zdarzenie.

Imię i nazwisko Przedstawiciela

Nr Przedstawiciela

Nr Oddziału

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt w szpitalu Operacja

Dane osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia

- w przypadku gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią prosimy o podanie danych rodzica/opiekuna prawnego;
- w przypadku pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika.

Nazwisko _____

Imiona _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

PESEL _____ Tel. kontaktowy _____

E-mail _____

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub adres e-mail przekazany wcześniej. Tak Nie

Ubezpieczony (jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem o wypłatę świadczenia)

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____ Tel. kontaktowy _____

Sposób wypłaty świadczenia

- przeksięgowanie na polisę/wniosek nr _____
- przelew na rachunek bankowy

Nazwa właściciela _____

Nr rachunku _____

Adres właściciela (uzupełnić tylko jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

Oświadczenie Ubezpieczonego

Prosimy podać powód pobytu w szpitalu:

- Wypadek Choroba:
- pobyt nagły
 - pobyt planowy

W przypadku pobytu planowego proszę podać dane lekarza kierującego:

Imię i nazwisko _____
lekarza _____
lub nazwa placówki _____

Adres miejsca pracy lekarza – szpital lub przychodnia

Ulica _____
Nr budynku _____ Kod pocztowy _____
Miejscowość _____

Prosimy podać (w przypadku choroby):

- datę wystąpienia pierwszych objawów choroby _____
- datę wykonania badań potwierdzających rozpoznanie _____
- dokładną datę ustalenia rozpoznania _____
- czy w przeszłości stwierdzono podobne objawy lub rozpoznano jednostkę chorobową, które mogą mieć związek z obecną jednostką chorobową

Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/była Pan/Pani leczony/leczona przez innego lekarza w szpitalu lub innym zakładzie opieki medycznej? Jeśli tak, to prosimy podać następujące informacje:

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza / adres szpitala lub ZOZ-u	Rodzaj choroby lub obrażenia	Daty
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Prosimy podać:

- datę nieszczęśliwego wypadku (NW) - jeśli pobyt w szpitalu lub operacja był następstwem NW _____
- datę przyjęcia do szpitala _____
- datę wypisu ze szpitala _____
- datę operacji _____

Prosimy odpowiedzieć na pytania

- Czy przebywał(a) Pan/Pani na oddziale intensywnej terapii? Tak Nie
Jeśli tak, proszę podać termin przebywania na ww. oddziale: od _____ do _____
- Czy był(a) Pan/Pani czasowo nieobecny(a) w szpitalu za zgodą Lekarza? Tak Nie
Jeśli tak, proszę podać okres nieobecności: od _____ do _____

Oświadczenie Ubezpieczonego o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:

Oświadczam, iż w chwili wypadku, który miał miejsce w dniu _____, nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji toksycznych ani innych środków odurzających.

Wymagane dokumenty¹

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań
- w przypadku NW: notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności NW lub w przypadku, gdy nie była wzywana policja oświadczenie opisujące okoliczności NW (jeżeli osoba uprawniona do świadczenia nie posiada notatki urzędowej z policji – prosimy podać informacje umożliwiające jej uzyskanie, tj. nazwę i adres instytucji, która ją posiada)

oraz:

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż Ubezpieczony wymagane jest przedstawienie dokumentu pełnomocnictwa do reprezentowania tej osoby;
- rodzic/opiekun prawny składający wniosek o wypłatę świadczenia w imieniu osoby małoletniej jest zobowiązany do wykazania swojego uprawnienia do występowania w imieniu tej osoby (**rodzic**: skrócony odpis aktu urodzenia; **opiekun prawny**: zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje _____

¹ dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Ubezpieczyciela

Oświadczenia

Osoba występująca z wnioskiem oraz Ubezpieczony

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nationale-Nederlanden moich danych osobowych podanych w niniejszym wniosku. Administratorem danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa. Do treści danych osobowych przysługuje prawo dostępu, prawo ich poprawiania oraz zgłoszenia sprzeciwu. Dane zostały podane dobrowolnie. Osoba uprawniona do świadczenia.

Osoba występująca z wnioskiem oraz Ubezpieczony

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych do udzielania informacji związanych z weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem 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. Wyrażam zgodę na przekazywanie tych informacji lekarzowi upoważnionemu przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342.

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

Rodzic albo inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych Dziecku pozostającemu pod moją opieką prawną, do udzielania informacji związanych z weryfikacją podanych danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem jego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, zarówno za jego życia jak i po jego śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia. Wyrażam zgodę na przekazywanie tych informacji lekarzowi upoważnionemu przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342.

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

Osoba występująca z wnioskiem

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Ubezpieczony

(jeśli jest inny niż osoba występująca z wnioskiem)

PESEL

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Przedstawiciel

(w przypadku wypełnienia wniosku w obecności Przedstawiciela)

Podpis

Data

Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka

Podpis

Data