



Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu, operacji, trwałego inwalidztwa, niezdolności do pracy

Polisa nr _____

Ubezpieczający

Nazwa firmy _____

Ubezpieczony/Współubezpieczony

Nazwisko _____

Imiona _____

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

Czy posiada Pan /Pani polisę indywidualną w Nationale-Nederlanden? _____ (jeśli TAK proszę podać jej numer)

Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia*

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Wypłata świadczenia z tytułu

- trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (miesięczne świadczenie),
- niezdolności Ubezpieczonego* do pracy
- niezdolności Ubezpieczonego* do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
- stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego* spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu,
- uszczerbku na zdrowiu Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- operacji Ubezpieczonego* spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
- operacji Ubezpieczonego* spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.

Data zdarzenia _____

Jeśli zgłoszone zdarzenie jest spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o podanie daty i miejsca zdarzenia oraz okoliczności wypadku.

Sposób wypłaty

- przekaz pocztowy

Adres do przekazu _____

- przelew na rachunek bankowy

Uwaga: Jeśli nazwa właściciela nie zostanie uzupełniona, Nationale-Nederlanden uzna, że właścicielem rachunku jest osoba występująca z wnioskiem.

Nazwa właściciela _____

Adres właściciela _____

Nazwa Banku _____

Nr rachunku _____

Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy regulują przepisy:

- a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

* jeżeli z wnioskiem o wypłatę świadczenia zwraca się Małżonek, Partner

Wymagane dokumenty¹

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- dokumentacja medyczna dotycząca przebiegu leczenia i rehabilitacji potwierdzająca zajście zdarzenia ubezpieczeniowego (tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, posiadane zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań, opinia lekarza prowadzącego dotycząca stanu zdrowia po przebytych urazach)
- orzeczenie inwalidztwa, inne dokumenty medyczne niezbędne do wypłaty świadczenia
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny), w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 3 miesiące) lub odpis aktu małżeństwa ze straszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem

Upoważniam (dotyczy osoby uprawnionej do świadczenia)² Upoważniam lekarzy, podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz zakłady ubezpieczeń i instytucje ubezpieczeniowe do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia oraz stanie zdrowia mojego Dziecka.

Upoważniam lekarzy upoważnionych przez Ubezpieczyciela do zasięgania informacji medycznych w tym również do występowania o kserokopię dokumentacji medycznej, dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u lekarzy, u których zasięgałem porad lub przez których byłem badany albo leczony (upoważnienie dotyczy również podmiotów wykonujących działalność leczniczą). Powyższe upoważnienie dotyczy także zasięgania informacji na temat zdrowia mojego Dziecka. Uzyskane w ten sposób dane będą wykorzystywane przez Ubezpieczyciela wyłącznie w celu ustalenia zakresu odpowiedzialności w przypadku wypłaty świadczenia.

Ubezpieczający
Podpis

Data

Pieczęć Ubezpieczającego

Ubezpieczony/Osoba uprawniona
do odbioru świadczenia
Podpis

Data

** ubezpieczony oznacza również współubezpieczony

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

² w przypadku osoby małoletniej, która nie ukończyła 18. r. ż. oświadczenie składa rodzic lub opiekun prawny