



Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieceniowego z tytułu poważnego zachorowania/nowotwory

Nr Umowy grupowego
ubezpieczenia na życie



Ubezpieczający

Nazwa firmy

Ubezpieczony

Nazwisko

Imiona

PESEL

Nr telefonu
komórkowego

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 świadczenia¹

Nazwisko

Imiona

Data urodzenia

PESEL

Adres stałego zameldowania:

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

Nr telefonu
komórkowego

E-mail

Wypłata świadczenia z tytułu

Poważnego zachorowania

Ubezpieczonego

Małżonka Ubezpieczonego

Dziecka Ubezpieczonego

Poważnego zachorowania na choroby zakaźne

Ubezpieczonego

Małżonka Ubezpieczonego

Na wypadek nowotworu

Ubezpieczonego

Małżonka Ubezpieczonego

Proszę podać

datę wystąpienia pierwszych objawów

datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. jednostki chorobowej

dokładną datę ustalenia rozpoznania

Prosimy podać nazwiska i miejsce pracy lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku z ww. zachorowaniem w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej:

Imię i nazwisko lekarza

Adres miejsca pracy lekarza / adres szpitala lub ZOZ-u

Okres leczenia oraz data przyjęcia i wypis ze szpitala

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Prosimy podać:

- imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres Pana/Pani lekarza pierwszego kontaktu
- imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres obecnego Pana/Pani lekarza (w przypadku, gdy nie jest on jednocześnie lekarzem pierwszego kontaktu)

Imię i nazwisko lekarza

Adres miejsca pracy lekarza: nazwa placówki, ulica, miejscowość, kod pocztowy

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sposób wypłaty²

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.

Załączono dokumenty³

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- dokumentacja medyczna dotycząca przebiegu leczenia potwierdzająca zajście zdarzenia ubezpieczeniowego (tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, posiadane zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań, opinia lekarza prowadzącego, odpis badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia)
- odpis aktu urodzenia się Dziecka
- odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 3 miesiące) lub odpis aktu małżeństwa ze straszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem
- ważna legitymacja szkolna lub legitymacja studencka w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia.

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 zasięgnięcia 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 zasięgnięcia 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.

Ubezpieczony/Osoba uprawniona do odbioru świadczenia
Podpis

Data

Ubezpieczający
Podpis

Data

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

³ dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Ubezpieczyciela