



Wniosek o wypłatę świadczenia Uszkodzenie ciała

Polisa nr _____

Imię i nazwisko Przedstawiciela

Nr Przedstawiciela

Nr Oddziału

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała: (prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)

- wariant podstawowy wariant rozszerzony wariant pełny:
 złamania
 zwichnięcia

Dane osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia

- w przypadku gdy osoba uprawniona do świadczenia 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 _____ Data urodzenia _____

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

Osoba uprawniona do świadczenia (jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem o wypłatę świadczenia)

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Tel. kontaktowy _____

Dane o zdarzeniu

Data wypadku _____ Kraj wypadku _____

Data zdarzenia _____ Miasto wypadku _____

(prosimy o wpisanie daty faktycznego uszkodzenia organu, narządu lub układu)

Data rozpoczęcia leczenia _____ Data zakończenia leczenia łącznie z rehabilitacją _____

Opis zdarzenia _____

Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:

Oświadczam, że w chwili wypadku, który miał miejsce dnia _____, nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych.

Przebieg leczenia

Prosimy podać dane lekarzy, którzy udzielili pomocy/leczyli Pana/Panią:

Imię i nazwisko	Nazwa placówki medycznej	Adres miejsca pracy (ulica, miejscowość, kod pocztowy)	Okres leczenia od	Okres leczenia do	Dodatkowe informacje

Prosimy podać dane lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarza, pod którego opieką pozostaje Pan/Pani obecnie:

Imię i nazwisko	Nazwa placówki medycznej	Adres miejsca pracy (ulica, miejscowość, kod pocztowy)	Okres leczenia od	Okres leczenia do	Dodatkowe informacje

Sposób wypłaty

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

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

Nazwa właściciela _____

Nr rachunku _____

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

Wymagane dokumenty¹

- Urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- Dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy
- Dokumentacja medyczna z leczenia następstw wypadku
- Postanowienie z prokuratury lub notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności wypadku
- Protokół powypadkowy BHP w przypadku wypadku w pracy
- Prawo jazdy, jeżeli ubezpieczony w chwili zdarzenia kierował pojazdem

oraz:

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż osoba uprawniona do świadczenia 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 dziecka; **opiekun prawny**: zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje:

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

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.

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. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Osoba występująca z wnioskiem

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Osoba uprawniona do świadczenia

(jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem)

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Przedstawiciel

(w przypadku wypełnienia wniosku w obecności Przedstawiciela)

Podpis

Data

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