



Wniosek o wypłatę świadczenia Uszkodzenie ciała

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 lub pracownika biura
Nationale-Nederlanden

Nr przedstawiciela

Nr oddziału

Wypełnij formularz drukowanymi literami. Możesz to zrobić elektronicznie przed wydrukowaniem i podpisaniem.

Dane Ubezpieczonego (osoby uprawnionej do wypłaty świadczenia)

Nazwisko _____

Imię _____

Drugie imię _____

PESEL _____

Data urodzenia _____

(w przypadku osób
nieposiadających numeru PESEL)

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport mDowód*
(*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela
lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Data wydania dokumentu tożsamości _____

Data ważności dokumentu tożsamości _____

Państwo urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne _____

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____

Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

Dane kontaktowe (opcjonalnie) – jeśli podasz dane inne niż te, które mamy, zaktualizujemy je.

Tel. kontaktowy +48 _____

E-mail _____

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku. Tak Nie

Adres do korespondencji (wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica _____

Nr domu _____

Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

Dane osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia (uzupełnić, jeżeli jest inna niż Ubezpieczony)

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

Nazwisko _____

Imię _____

Drugie imię _____

PESEL Data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL)

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport mDowód* (*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Data wydania dokumentu tożsamości Data ważności dokumentu tożsamości

Państwo urodzenia

Obywatelstwo polskie inne

Adres do korespondencji

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

Dane kontaktowe (opcjonalnie) – jeśli podasz dane inne niż te, które mamy, zaktualizujemy je.

Tel. kontaktowy +48

E-mail

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku. Tak Nie

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

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

Sposób wypłaty

przebieganie na polisę/wniosek nr _____

przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku _____

Dane właściciela rachunku (proszę wypełnić jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy _____

Wymagane dokumenty

Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Pełnomocnika/Opiekuna prawnego, o ile został ustanowiony. Dokument nie jest wymagany, jeżeli wniosek jest wypełniany w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden, który potwierdza tożsamość wymienionych osób

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 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 dziecka; **opiekun prawny**: zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje:

Oświadczenia i zgody

Osoba występująca z wnioskiem oraz Ubezpieczony

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

W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa (dalej: Nationale-Nederlanden) wolne jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, o udzielenie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikację podanych danych o stanie zdrowia, w celu ustalenia 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. Z żądaniem przekazania powyższych informacji występuje lekarz upoważniony przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли 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, oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. innemu zakładowi ubezpieczeń, na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych danych, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy i wysokości tego świadczenia, udzielenia posiadanych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy i jego wysokości.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na udzielanie Nationale-Nederlanden Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, przez organy rentowe lub inne instytucje odpowiedzialne za ustalanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego pełnej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego.

TAK NIE

Osoba występująca z wnioskiem

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Ubezpieczony

(jeżeli jest inny niż osoba występująca z wnioskiem)

PESEL

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Oświadczenie przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden

Potwierdzam, że przeprowadziłam/em weryfikację tożsamości osoby składającej wniosek oraz, że dane we wniosku są zgodne z dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby składającej wniosek. Potwierdzam, że przeprowadziłam/em weryfikację tożsamości Ubezpieczonego oraz że dane we wniosku są zgodne z dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego.

Przedstawiciel lub pracownik biura Nationale-Nederlanden

(w przypadku wypełnienia wniosku w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Podpis

Data

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., który ma siedzibę w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12.

Aby się z nami skontaktować, możesz wysłać:

- list na adres naszych siedzib: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
- e-mail na: info@nn.pl.

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą ochrony danych osobowych. Jego adres e-mail to: iod@nn.pl.

Po co nam Twoje dane osobowe

Przetwarzamy Twoje dane osobowe, aby:

- Wykonać umowę ubezpieczenia, w tym przeprowadzić likwidację szkody. Wiąże się to z przetwarzaniem danych zawartych w dokumentach, które do nas przesyłasz, w tym w dokumentach medycznych.
- Realizować reklamacje, która jest związana z umową, co stanowi nasz uzasadniony prawnie interes.
- Przeciwdziałać praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Przepisy zobowiązują nas do sprawdzenia czy nie ma okoliczności, które uniemożliwiłyby nam realizację Twojego wniosku.
- Analizować wnioski pod kątem przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Stanowi to nasz prawnie usprawiedliwiony interes, jakim jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym.
- Realizować obowiązki, które są nałożone na nas przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- Bronić się przed ewentualnymi roszczeniami, które są związane z umową ubezpieczenia.

Podanie przez Ciebie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji Twojego wniosku.

Kto może mieć dostęp do Twoich danych

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (odbiorcom). Robimy to, aby prawidłowo realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację przedsiębiorstwa.

Odbiorcami będą w szczególności:

- dostawcy rozwiązań informatycznych,
- podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności,
- agenci ubezpieczeniowi,
- zakłady reasekuracji,
- call center,
- agencje i firmy marketingowe.

Z każdym z tych podmiotów zawarliśmy umowy, w których nałożyliśmy na nich obowiązki związane z przetwarzaniem i ochroną Twoich danych. Niektóre z tych podmiotów mogą mieć siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Dane do tych krajów przesyłamy w oparciu o decyzję wydaną przez Komisję Europejską lub standardowe klauzule umowne. Masz prawo otrzymać kopie tych klauzul. W tym celu możesz wysłać wniosek na adres: iod@nn.pl.

Jakie masz prawa w związku z przetwarzaniem danych

W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych, przysługują Ci następujące prawa:

- masz prawo dostępu do swoich danych i możesz zażądać, żebyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy zmienisz numer telefonu czy adres;
- masz prawo być zapomnianym/a – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane;
- możesz złożyć tzw. sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych, w tym w celu marketingowym;
- możesz żądać, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie;
- możesz otrzymać od nas swoje dane osobowe – przekazemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz;
- możesz wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Okres przetwarzania danych

Twoje dane osobowe będą przetwarzane do momentu aż:

- przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia oraz inne roszczenia, lub
- wygaśnie obowiązek przechowywania danych, który wynika z przepisów prawa. W szczególności obowiązek przechowywania dokumentów księgowych, które dotyczą umowy ubezpieczenia.

Informacja o reklamacji

1. Reklamację można złożyć:
 - a) w postaci elektronicznej:
 - przez formularz na stronie: www.nn.pl;
 - na adres e-mail info@nn.pl;
 - b) na piśmie:
 - osobiście lub listownie: ul. Topiel 12, 00-342, Warszawa
 - przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych:
 - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20
 - c) ustnie – telefonicznie pod numerem: +48 22 522 71 24, 801 20 30 40
2. Odpowiedzi na reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie możemy odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformujemy:
 - a) jakie są przyczyny opóźnienia,
 - b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę,
 - c) w jakim terminie udzielimy odpowiedzi – nie może on być dłuższy niż 60 dni od otrzymania reklamacji.
4. Odpowiedź prześlemy listownie na adres osoby, która składała reklamację.
5. Na wniosek osoby, która składała reklamację, odpowiedź wyślemy elektronicznie na podany przez tę osobę adres email.