



## Wniosek o wypłatę świadczenia Poważne zachorowanie

Polisa nr \_\_\_\_\_

Pamiętaj, że zamiast drukować formularz papierowy możesz w szybki i wygodny sposób zgłosić zdarzenie przez stronę internetową:  
[www.nn.pl/zglos-zdarzenie](http://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 \_\_\_\_\_  
Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr 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 \_\_\_\_\_  
Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr 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

### Wypłata świadczenia z tytułu

Nazwa jednostki chorobowej \_\_\_\_\_

### Ważne informacje dotyczące wypłaty

- Nationale-Nederlanden sprzedaje Jednostki uczestnictwa z każdego Funduszu proporcjonalnie do łącznej wartości Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku/Rachunku lokacyjnym/Rachunku podstawowym/Rachunku bonusowym (w zależności od umowy).
- Wypłata podlega opodatkowaniu zgodnie z niżej przytoczonymi przepisami:
  - osoby fizyczne: w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi w rozumieniu art. 5a pkt 14 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych dochód uzyskany z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej, podlega opodatkowaniu 19% zryczałtowanym podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Dochodem tym jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Podatek zostanie pobrany przez Nationale-Nederlanden przed dokonaniem wypłaty, stosownie do art. 41 ust. 4 w związku z art. 30a ust. 1 pkt 5.
  - osoby prawne: opodatkowanie reguluje art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

### Sposób wypłaty (dotyczy ULM0, ULM3, ULM5, ULM7, ULS1)

Wypłata całkowita  Wypłata częściowa – tylko dla „Best Invest Premium” (ULM5), „Best Invest Plus” (ULM7)

Wypłata częściowa

Kwota wypłaty \_\_\_\_\_ zł (jednostki uczestnictwa zostaną odpisane proporcjonalnie z każdego funduszu)

Słownie \_\_\_\_\_

przekięgowanie 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 \_\_\_\_\_

### Proszę podać

• datę wystąpienia pierwszych objawów \_\_\_\_\_

• datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. jednostki chorobowej \_\_\_\_\_

• dokładną datę ustalenia rozpoznania \_\_\_\_\_

Prosimy podać nazwiska i miejsca 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 wypisu ze szpitala
<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:

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

## 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.
- karty informacyjne leczenia szpitalnego
- dokumentacja medyczna dotycząca poważnego zachorowania
- odpis badania potwierdzającego rozpoznanie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku dotyczącego wypłaty świadczenia

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 udzieliły 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 Towarzystwo 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

(jeśli jest inny niż osoba występująca z wnioskiem)

PESEL

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

### Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka

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](http://www.nn.pl);
    - na adres e-mail [info@nn.pl](mailto: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.