



Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu rekonwalescencji, pobytu w sanatorium, trwałego inwalidztwa na zdrowiu oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy

Polisa nr _____

Pamiętaj, że zamiast drukować formularz papierowy możesz w szybki i wygodny sposób zgłosić zdarzenie przez stronę internetową: www.nn.pl/zglos-zdarzenie.

Ubezpieczający

Nazwa firmy _____

NIP/REGON _____

Ubezpieczony/Współubezpieczony

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko _____

Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Uzupełnić tylko jeśli ubezpieczony nie posiada numeru PESEL

Dokument tożsamości Seria/Nr _____ Termin ważności dokumentu _____

Państwo urodzenia _____ Obywatelstwo _____

Tel. kontaktowy _____

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

E-mail _____

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji związanej z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. TAK NIE

Wypłata świadczenia z tytułu

Prosimy o zaznaczenie opcji znakiem „X”:

- | | |
|---|------------|
| <input type="radio"/> Rekonwalescencji po pobycie w szpitalu | 1, 2, 3 |
| <input type="radio"/> Pobytu w sanatorium | 1, 2, 4, 5 |
| <input type="radio"/> Trwałego inwalidztwa na zdrowiu Ubezpieczonego | 1, 6, 7, 8 |
| <input type="radio"/> Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy | 1, 6, 7, 8 |
| <input type="radio"/> Niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela | 1, 6, 7, 8 |
| <input type="radio"/> Miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy | 1, 6, 7, 8 |

Wymagane dokumenty (opis wymaganych dokumentów znajduje się na 2 stronie)

Data zdarzenia _____

Przyczyna zdarzenia

wypadek (proszę podać):

datę nieszczęśliwego wypadku _____

Opis okoliczności zdarzenia/nieszczęśliwego wypadku:

Kiedy i gdzie udzielono pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?

Czy w sprawę była zaangażowana Policja/Prokuratura?

TAK

NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać nazwę i adres Komendy Policji lub Prokuratury prowadzącej sprawę:

choroba (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

Wymagane dokumenty¹

1. dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu),
2. karta informacyjna z leczenia szpitalnego
3. kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital
4. skierowanie na leczenie uzdrowskowe wystawione przez lekarza i potwierdzone przez osobę upoważnioną przez NFZ
5. dokumentacja medyczna potwierdzająca odbycie pobytu w sanatorium
6. karta z udzielenia pierwszej pomocy w SOR/Izbie Przyjęć, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań, opinia lekarza prowadzącego dotycząca stanu zdrowia po przebytych urazach
7. orzeczenie inwalidztwa, orzeczenie o niezdolności do pracy, kopie zwolnień lekarskich
8. dokument potwierdzający zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny

Sposób wypłaty

przekaz pocztowy

Adres do przekazu:

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

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

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.

Oświadczenie Przedstawiciela

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

Ubezpieczony
PESEL

Podpis

Data

Ubezpieczający

(wypełnić w przypadku wypełniania w obecności Ubezpieczającego)

Podpis

Data

Pieczęć Ubezpieczającego

Data

Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka
Podpis

Data

Przedstawiciel
Podpis

Data

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

Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania danych osobowych

Kto jest administratorem Twoich danych i jak się z nim skontaktować?

Administratorem Twoich danych oraz zawartych w powyższym wniosku dotyczącym umowy ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12. Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych – możesz się z nim skontaktować mailowo pod adresem: iod@nn.pl.

Po co nam dane

Przetwarzamy dane oraz wskazanych przez Ciebie osób, w zakresie umożliwiającym nam identyfikację i realizację poniższych celów:

- wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia procesu likwidacji szkody, co wiąże się z przetwarzaniem danych zawartych w dostarczonej nam przez Ciebie dokumentacji szkodowej, w tym dokumentacji medycznej oraz realizacji procesu reklamacyjnego,
- przepisy prawa nakazują nam dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego – przetwarzamy więc Twoje dane w tym celu (w tym dane o stanie zdrowia) i robimy to w sposób zautomatyzowany, w ramach profilowania,
- przeciwdziałamy praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – przepisy nakazują nam sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiłyby nam zawarcie umowy lub wypłatę świadczenia,
- zapobiegamy przestępstwom ubezpieczeniowym na naszą szkodę – przeciwdziałamy i ścigamy takie przestępstwa, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem,
- posiadamy także prawnie uzasadniony interes w zmniejszeniu ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z zawieranych przez nas umów ubezpieczenia, poprzez reasekurację,
- w naszym prawnie uzasadnionym interesie leży również dochodzenie roszczeń z zawieranych przez nas umów oraz obrona przed kierowanymi przeciwko nam roszczeniami,
- jako administrator danych możemy także przetwarzać Twoje dane w celach marketingowych - prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem Twoich danych oraz dokonujemy profilowania; pozwala nam to lepiej poznać Twoje oczekiwania, oceniać efektywność naszych działań oraz ich jakość.

W celu przygotowania dla Ciebie odpowiedniej oferty oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, część decyzji podejmowanych w Twojej sprawie odbywa się w sposób zautomatyzowany – bez interwencji człowieka. Wykorzystujemy w tym celu wszystkie dane, jakie podajesz nam w związku z zawartą umową ubezpieczenia. Na podstawie udzielonych nam informacji oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, przygotowujemy dla Ciebie ofertę i realizujemy umowę. Stosowane przez nas metody oceny ryzyka podlegają regularnym testom, aby zapewnić ich uczciwość, skuteczność oraz bezstronność. W przypadku otrzymania od nas decyzji podjętej w powyższy sposób przysługuje Ci prawo otrzymania stosownych wyjaśnień co do jej podstaw, wyrażenia swojego stanowiska, zakwestionowania tej decyzji i uzyskania interwencji ludzkiej.

Przez jak długo przetwarzane są Twoje dane

Przetwarzamy Twoje dane przez okres trwania umowy a po jej zakończeniu przez 10 lat.

Kiedy możemy przekazywać dane innym podmiotom

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Odbiorcami tymi są w szczególności dostawcy rozwiązań informatycznych, podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności, agenci ubezpieczeniowi, zakłady reasekuracji, call center, agencje. Z każdym z tych podmiotów posiadamy stosowną umowę, w której nakładamy na nie szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem Twoich danych – tak, aby były one bezpieczne.

Część z tych podmiotów może mieć siedzibę w kraju poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Przekazujemy wtedy dane na podstawie decyzji Komisji Europejskiej, która stwierdza, że dane będą odpowiednio chronione. A gdy jej nie ma – zawieramy tzw. standardowe klauzule umowne zaakceptowane przez Komisję Europejską. Jeśli chcesz otrzymać kopię tych klauzul, napisz do nas na: iod@nn.pl.

Jakie masz prawa?

Jako osoba, której dane dotyczą, masz prawo:

- dostępu do swoich danych oraz możesz zażądać, żebyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy zmienisz numer telefonu czy adres,
- być zapomnianym – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane,
- żądania, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie,
- otrzymać od nas swoje dane osobowe – przekazemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz,
- tam, gdzie wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawę przetwarzania Twoich danych, możesz wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania, np. celach marketingowych.
- wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.