



## Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pobytu w szpitalu, ubezpieczenia lekowego, rekonwalescencji, pobytu w sanatorium

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).

### Ubezpieczający

Nazwa firmy \_\_\_\_\_

### Ubezpieczony/Współubezpieczony

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Uzupelnic tylko jeśli Właściciel polisy/Ubezpieczony nie posiada numeru PESEL.

Dokument tożsamości Seria/Nr \_\_\_\_\_ Termin ważności dokumentu \_\_\_\_\_

Państwo urodzenia \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

Tel. kontaktowy +48 \_\_\_\_\_

### 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 niezabezpieczonej poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku.  TAK  NIE

Czy oprócz polisy grupowej posiada Pan/Pani polisę indywidualną w Nationale-Nederlanden? \_\_\_\_\_

(jeśli TAK proszę podać jej numer)

### Wypłata świadczenia z tytułu

Prosimy o zaznaczenie opcji znakiem „X”:

- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,  pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu,  
 ubezpieczenia lekowego,  pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu.  
 rekonwalescencji,  
 pobytu w sanatorium,

Okres pobytu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

### 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

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

## Sposób wypłaty

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

Nr rachunku

Adres właściciela

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

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.

## Wymagane dokumenty<sup>1</sup>

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem,
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego określająca okres pobytu na OiOM, w przypadku pobytu na OiOM,
- odpis aktu urodzenia się Dziecka,
- ważna legitymacja szkolna lub legitymacja studencka w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia,
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny), w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem,
- do rekonwalescencji (karta informacyjna z leczenia szpitalnego, kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital),
- do pobytu w sanatorium (karta informacyjna z leczenia szpitalnego, skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawione przez lekarza i potwierdzone przez osobę upoważnioną przez NFZ, dokumentacja medyczna potwierdzająca odbycie pobytu w Sanatorium).

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

<sup>1</sup> 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

---

Administratorem danych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z adresem siedziby przy ul. Topiel 12, w Warszawie.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) lub pisemnie (adres siedziby administratora). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) lub pisemnie (adres siedziby administratora). Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celach związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia oraz w celach statystycznych – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze oraz niezbędność do realizacji umowy.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przez administratora przekazywane zakładom reasekuracji i podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w niezbędnym dla tego procesu zakresie.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych. Można to zrobić np. przesyłając stosowny wniosek na adres siedziby administratora danych lub mailowo na adres [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) bądź kontaktując się z jego przedstawicielem (agentem).

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w powyższych celach nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

Podanie danych jest dobrowolne jednak niezbędne w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.