



Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania/nowotworu/cukrzycy/leczenia specjalistycznego

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 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 poczty elektronicznej korespondencji związanej z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. TAK NIE

Wypłata świadczenia z tytułu

Prosimy o zaznaczenie opcji znakiem „X”:

Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Małżonka Ubezpieczonego Dziecko Ubezpieczonego

Poważnego zachorowania na choroby zakaźne Ubezpieczonego Małżonka Ubezpieczonego

Na wypadek nowotworu Ubezpieczonego Małżonka Ubezpieczonego

Na wypadek diagnozy cukrzycy lub powikłań po cukrzycy Ubezpieczonego

Leczenia specjalistycznego

(Proszę podać rodzaj leczenia specjalistycznego)

chemioterapia terapia interferonowa wszczepienie rozrusznika serca

radioterapia wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora ablacja

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 _____

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"/>

Sposób wypłaty

przekaz pocztowy

Adres do przekazu

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.

Załączono dokumenty¹

- dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu),
- dokumentacja medyczna dotycząca przebiegu leczenia potwierdzająca zajście zdarzenia ubezpieczeniowego (tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, posiadane zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań, opinia lekarza prowadzącego, odpis badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia),
- odpis aktu urodzenia się Dziecka,
- ważna legitymacja szkolna lub legitymacja studencka w przypadku, gdy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia,
- odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem.

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 zmniejszaniu 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.