



## Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu i/lub operacji

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

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

Dokument tożsamości

Seria i numer

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”

- Operacji Ubezpieczonego
- Uszczerbku spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu
- Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

### Wymagane dokumenty

(opis wymaganych dokumentów znajduje się na 3 stronie)

- (1, 2, 3)
- (1, 2)
- (1, 2, 3)
- (1, 2, 3, 4)
- (1, 2, 3, 5)

Data zdarzenia  -  -

## Dane Poszkodowanego (pola konieczne do uzupełnienia dla wybranej opcji: „Uszczerbek na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem”)

Nazwisko

Imię

PESEL  Data urodzenia  -  -

Uzupełnić tylko jeśli Poszkodowany nie posiada numeru PESEL.

## Przyczyna zdarzenia

**wypadek** (proszę podać):

Datę nieszczęśliwego wypadku  -  -

Opis okoliczności zdarzenia/nieszczęśliwego wypadku:

Kiedy i gdzie udzielono pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?

Czy leczenie i rehabilitacja zostały zakończone

Tak  Nie

Czy w sprawę była zaangażowana Policja/Prokuratura?

Tak  Nie

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

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych?

Tak  Nie

**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 wypisu ze szpitala



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

- 1 urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem,
- 2 dokumentacja medyczna dotycząca przebiegu leczenia i rehabilitacji potwierdzająca zajście zdarzenia ubezpieczeniowego (tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, w tym karta z udzielenia pierwszej pomocy w SOR/Izbie Przyjęć, posiadane zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań, opinia lekarza prowadzącego dotycząca stanu zdrowia po przebytych urazach),
- 3 w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny, inne),
- 4 odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem,
- 5 odpis aktu urodzenia Dziecka.

## Sposób wypłaty

przekaz pocztowy

Adres do przekazu:

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

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

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

Podpis Ubezpieczonego

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.



## Klauzula informacyjna

### 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 przesać 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.

