



## Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu depresji i zaburzeń lękowych (nerwicy)

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 \_\_\_\_\_

NIP/REGON \_\_\_\_\_

### Ubezpieczony/Współubezpieczony

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

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

Uzupełnić tylko jeśli ubezpieczony nie posiada numeru PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  mDowód

(jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

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

**Adres do korespondencji** (wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

## Wypłata świadczenia z tytułu

Prosimy o zaznaczenie opcji znakiem „X”:

- Zaburzenia lękowe (nerwica)  
 Depresja

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

1, 2, 3

1, 2, 3

Proszę podać okres pobytu w szpitalu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

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 z szpitala

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

1. dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu),
2. karta informacyjna z leczenia szpitalnego
3. dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia

## Sposób wypłaty

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 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.

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 lub pracownik 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.

Wyzaczyliśmy 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.