



Wniosek o wypłatę świadczenia Zachorowanie na Nowotwór

Polisa nr _____

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Dane osoby uprawnionej do świadczenia

Nazwisko _____

Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____ Uzpełnić tylko jeśli osoba uprawniona nie posiada numeru PESEL

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

Tel. kontaktowy _____

E-mail _____

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, na wskazany adres e-mail lub numer telefonu.

TAK NIE

Dane osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia (jeśli jest inna niż osoba uprawniona do świadczenia)

- w przypadku gdy osoba uprawniona do świadczenia jest osobą małoletnią prosimy o podanie danych rodzica/opiekuna prawnego;
- w przypadku pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika.

Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____ Uzpełnić tylko jeśli osoba występująca z wnioskiem nie posiada numeru PESEL

NIP _____ Uzpełnić tylko w przypadku firm

Adres zamieszkania/Adres siedziby firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

Tel. kontaktowy _____

E-mail _____

Wypłata świadczenia z tytułu

Nazwa jednostki chorobowej _____

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 _____

Proszę podać

- datę wystąpienia pierwszych objawów
- datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. jednostki chorobowej
- dokładną datę ustalenia rozpoznania

Prosimy podać nazwiska i miejsca 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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Załączone dokumenty

(prosimy dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Ubezpieczyciela)

- karty informacyjne leczenia szpitalnego
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia ambulatoryjnego wraz z wynikami badań (w tym z wynikiem badania histopatologicznego)

oraz:

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż osoba uprawniona do świadczenia wymagane jest przedstawienie dokumentu pełnomocnictwa do reprezentowania tej osoby;

Dodatkowe informacje _____

Ubezpieczyciel ma prawo żądać dodatkowych dokumentów oraz innego rodzaju dowodów, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o ile są one niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Kopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez: pracownika Banku, pracownika Ubezpieczyciela, urzędnika administracji państwowej/ samorządowej lub notariusza.

Oświadczenia i zgody

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. innemu zakładowi ubezpieczeń, na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych danych, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy i wysokości tego świadczenia, udzielenia posiadanych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy i jego wysokości.

- TAK NIE

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, o udzielenie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikację podanych danych o stanie zdrowia, w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, zarówno za mojego życia, jak i po mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia. Z żądaniem przekazania powyższych informacji występuje lekarz upoważniony przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.

- TAK NIE

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

- TAK NIE

Wyrażam zgodę na udzielanie Nationale-Nederlanden Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, przez organy rentowe lub inne instytucje odpowiedzialne za ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego pełnej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia lub wysokości tego świadczenia. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego.

- TAK NIE

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Osoba występująca z wnioskiem

(jeśli jest inna niż osoba uprawniona do świadczenia)

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Osoba uprawniona do świadczenia

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Klauzula informacyjna

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

Administratorem danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z adresem siedziby przy ul. Topiel 12, w Warszawie. Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na info@nn.pl lub adres siedziby administratora.

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych – możesz się z nim skontaktować mailowo pod adresem: iod@nn.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

Po co nam Twoje dane

Przetwarzamy dane zawarte we wniosku i dokumentacji szkodowej w celu likwidacji zgłoszonego roszczenia oraz realizacji procesu reklamacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze oraz niezbędność do realizacji umowy. Dane osobowe właściciela rachunku, który nie jest osobą występującą z wnioskiem przetwarzamy w naszym prawnie uzasadnionym interesie, w celu wypłaty świadczenia.

Podanie danych jest dobrowolne jednak niezbędne w celu ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń, wysokości świadczenia i wypłaty świadczenia.

Od kogo otrzymaliśmy Twoje dane

Jeśli upoważniłeś Administratora do wystąpienia do podmiotów wskazanych w treści zgód, o udostępnienie nam Twoich danych osobowych, będziemy przetwarzać także dane osobowe udostępnione przez te podmioty, w zakresie wskazanym w treści upoważnienia.

Przez jak długo przetwarzane są Twoje dane

Twoje dane będziemy przetwarzać przez okres 10 lat od dnia zakończenia umowy ubezpieczenia.

Kiedy możemy przekazywać dane innym podmiotom

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować roszczenia wynikające z zawartej umowy 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 – prześlemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz,
- możesz wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania tam, gdzie wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawę przetwarzania Twoich danych,
- wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.