



## Wniosek o wypłatę świadczenia z umowy Czasowa niezdolność do pracy

Polisa nr \_\_\_\_\_

Nazwa instytucji finansowej/  
Nazwa Operatora, u którego  
zakupiłeś ochronę \_\_\_\_\_

Prosimy o wypełnienie wniosku drukowanymi literami.

### Dane osoby ubezpieczonej

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

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

Uzupełnić tylko jeśli  
ubezpieczony nie posiada  
numeru PESEL

Obywatelstwo \_\_\_\_\_

Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  mDowód

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

Dokument tożsamości Seria/Nr \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_

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

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

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

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

**Dane kontaktowe** (opcjonalnie) – jeśli podasz dane inne niż te, które mamy, zaktualizujemy je.

Tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej korespondencji  
dotyczącej złożonego wniosku.  Tak  Nie

### Dane osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia (jeśli jest inną osobą niż osoba Ubezpieczona)

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

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

Uzupełnić tylko jeśli  
ubezpieczony nie posiada  
numeru PESEL

Obywatelstwo \_\_\_\_\_

Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  mDowód

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

Dokument tożsamości Seria/Nr \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_

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

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

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

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

**Dane kontaktowe** (opcjonalnie) – jeśli podasz dane inne niż te, które mamy, zaktualizujemy je.

Tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej korespondencji  
dotyczącej złożonego wniosku.  Tak  Nie

## Zgłaszane zdarzenie dotyczy czasowej niezdolności do pracy / niezdolności do pracy albo niezdolności do samodzielnego życia

Prosimy podać:

- powód niezdolności do pracy lub samodzielnego życia  choroba  nieszczęśliwy wypadek  
(Prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)

W przypadku nieszczęśliwego wypadku prosimy podać:

- datę Nieszczęśliwego wypadku
- Ubezpieczony aktywny zawodowo  TAK  NIE
- czasowa niezdolność do pracy od dnia  do dnia
- niezdolność do pracy lub samodzielnego życia od dnia

Okoliczności

  

### Sposób wypłaty świadczenia

**Przelew na rachunek bankowy**

**Uwaga:** Jeśli nazwa właściciela nie zostanie uzupełniona, Nationale-Nederlanden uzna, że właścicielem rachunku jest osoba występująca z wnioskiem.

Nazwisko właściciela/ Nazwa firmy

Nr rachunku

Nazwa Banku

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy (uzupełnić tylko jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

**Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:**

Nazwa Banku

Adres Banku

Kod BIC (SWIFT)

Waluta

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

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

**Czasowa niezdolność do pracy**

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA- w sytuacji niezdolności trwającej ponad 182 dni – kopia orzeczenia o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego) o Czasowej niezdolności do pracy, potwierdzające okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w Szpitalu, kartę informacyjną leczenia szpitalnego (karta wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – karty informacyjne leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- kopia dowodu aktywności zawodowej
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
- inne

**Niezdolność do pracy/ do samodzielnego życia**

- karta informacyjna leczenia szpitalnego (karta wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – karty informacyjne leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał,
- notatką urzędową z policji lub innymi dokumentami potwierdzającymi zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku
- inne

## Oświadczenia i zgody

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

Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe, w celu realizacji uprawnień wynikających z umowy ubezpieczenia, upoważniam ING Bank Śląski S.A. do przekazania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową, a niezbędnych w procesie rozpatrzenia roszczeń i wypłaty świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia (numer pożyczki/kredytu, saldo zadłużenia, wysokość raty pożyczki/kredytu, liczba pożyczkobiorców/kredytobiorców, termin spłaty pożyczki/kredytu).

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.

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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 na Życie 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 na Życie 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 na Życie 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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na udzielanie Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, przez organy rentowe lub inne instytucje odpowiedzialne za ustalanie 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

### 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  
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Osoba występująca z wnioskiem  
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Przedstawiciel lub pracownik biura  
Nationale-Nederlanden

(w przypadku wypełnienia dyspozycji w obecności przedstawiciela lub pracownika 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](mailto:info@nn.pl).

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą ochrony danych osobowych. Jego adres e-mail to: [iod@nn.pl](mailto: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](mailto: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 – prześlemy 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.