



Wniosek o wypłatę świadczenia Poważne zachorowanie

Polisa nr _____

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Dane osoby uprawnionej do świadczenia

Nazwisko _____

Imię _____

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

Obywatelstwo _____ Kraj urodzenia _____

Dokument tożsamości Seria/Nr _____

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

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 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 _____

Imię _____

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

Obywatelstwo _____ Kraj urodzenia _____

Dokument tożsamości Seria/Nr _____

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

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

Wyplata świadczenia z tytułu

Nazwa jednostki chorobowej _____

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.

Nazwa właściciela _____

Nr rachunku _____

Nazwa Banku _____

Adres właściciela (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 _____

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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wymagane dokumenty¹

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- karty informacyjne leczenia szpitalnego
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia ambulatoryjnego wraz z wynikami badań
- odpis badania potwierdzającego rozpoznanie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku dotyczącego wypłaty świadczenia

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,
- rodzic/opiekun prawny składający wniosek o wypłatę świadczenia w imieniu osoby małoletniej jest zobowiązany do wykazania swojego uprawnienia do występowania w imieniu tej osoby (rodzic: skrócony odpis aktu urodzenia dziecka; opiekun prawny: zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje _____

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

¹ dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden, ² w przypadku osoby małoletniej, która nie ukończyła 18. r. ż. – oświadczenie składa rodzic lub opiekun prawny

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 lub pisemnie (adres siedziby administratora). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email 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 przesłać 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 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.