



## Wniosek o wypłatę świadczenia Zachorowanie na Nowotwór złośliwy

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

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

### Dane osoby uprawnionej do świadczenia

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Uzpełnić tylko jeśli ubezpieczony nie posiada numeru PESEL  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Państwo 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 \_\_\_\_\_ Uzpełnić tylko jeśli ubezpieczony nie posiada numeru PESEL  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Państwo 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

### Wypłata świadczenia z tytułu

Nazwa jednostki chorobowej \_\_\_\_\_

## Sposób wypłaty

### Przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku

Nazwa Banku

Dane właściciela rachunku (proszę wypełnić jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

Nazwisko/Nazwa

Imię

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy

### 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- kopia dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu) potwierdzającego tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- 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

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

### Oświadczenie Przedstawiciela

- Potwierdzam, że przeprowadziłam/em weryfikację tożsamości osoby składającej wniosek oraz, że dane we wniosku są zgodne z dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby składającej wniosek.

Osoba występująca z wnioskiem (jeśli jest inna niż osoba uprawniona do świadczenia) Imię i nazwisko (czytelny podpis) <input type="text"/>	Osoba uprawniona do świadczenia Imię i nazwisko (czytelny podpis) <input type="text"/>	Przedstawiciel (w przypadku wypełnienia dyspozycji w obecności Przedstawiciela) Podpis <input type="text"/>
Podpis <input type="text"/>	Podpis <input type="text"/>	<input type="text"/>
Data <input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Data <input type="text"/>

<sup>1</sup> dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden

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

Administratorem danych osobowych wskazanych we wniosku jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z adresem siedziby przy ul. Topiel 12, w Warszawie. Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) lub adres siedziby administratora.

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

### Po co nam Twoje dane

Przetwarzamy dane zawarte we wniosku i dostarczonej 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.

### Przez jak długo przetwarzane są Twoje dane

Przetwarzamy Twoje dane przez okres trwania umowy a po jej zakończeniu przez 10 lat.

### Kiedy możemy przekazywać dane innym podmiotom

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować umowę 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](mailto: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.