



Polisa nr

## Wniosek o wypłatę świadczenia Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW

Nazwa instytucji finansowej,  
w której zakupiłeś ochronę

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

**Wypłata świadczenia z tytułu:** (Prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)

- Trwałe inwalidztwo częściowe spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (NW)
- wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę Świadczenia po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.
- Trwałe inwalidztwo całkowite spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (NW)
- wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę Świadczenia po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji.
- Złamanie/Oparzenie

### Dane osoby ubezpieczonej

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Uzupelnić tylko jeśli osoba ubezpieczona 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)

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 (uzupełnić, jeżeli jest inna niż Ubezpieczony)

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

uzupełnić tylko jeśli osoba występująca z wnioskiem 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)

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 trwałego inwalidztwa całkowitego spowodowanego NW

Data zajścia Niestety wypadku

### Sposób wypłaty

przelew na rachunek bankowy

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

Imię i Nazwisko właściciela/Nazwa firmy

Nr rachunku

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

**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.

Trwałe inwalidztwo częściowe

- kopia dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu) potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia uprawnionego do Świadczenia
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzająca wystąpienie Trwałego inwalidztwa częściowego (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego, zaświadczenie/a lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań)
- postanowienie z Prokuratury lub notatka urzędowa Policji opisująca okoliczności NW
- inne

Trwałe inwalidztwo całkowite

- kopia dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu) potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia uprawnionego do Świadczenia
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia, potwierdzająca wystąpienie Trwałego inwalidztwa całkowitego (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego, zaświadczenie/a lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań)
- postanowienie z Prokuratury lub notatka urzędowa Policji opisująca okoliczności NW
- kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności
- inne

- jeżeli osoba występująca z wnioskiem nie posiada wymienionych dokumentów – prosimy o podanie informacji umożliwiających ich uzyskanie, tj. nazwy i adres podmiotu, który je posiada:

Ubezpieczyciel może poprosić o dodatkowe dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia.

### Oświadczenia i zgody

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 udzieli 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)

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.

Wyznaczyliśmy 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 – 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.