



Wniosek o wypłatę świadczenia z umowy Pobyt w szpitalu

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 _____

Uzpełnić tylko jeśli osoba
uprawniona 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 _____

Uzpełnić tylko jeśli osoba
uprawniona 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

Proszę podać

- datę Nieszczęśliwego wypadku
- datę przyjęcia do szpitala
- datę wypisu ze szpitala

Przyczyna hospitalizacji:

choroba nieszczęśliwy wypadek

Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia o okolicznościach Nieszczęśliwego wypadku:

Oświadczam, iż w chwili wypadku, który miał miejsce w dniu , nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji toksycznych ani innych środków odurzających.

Sposób wypłaty świadczenia

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

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

- kopia dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu) potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego
- 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
- dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań
- notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności NW lub w przypadku, gdy nie była wzywana policja oświadczenie opisujące okoliczności NW (jeżeli osoba uprawniona do świadczenia nie posiada notatki urzędowej z policji – prosimy podać informacje umożliwiające jej uzyskanie, tj. nazwę i adres instytucji, która ją posiada)
- opinia lekarska i wyniki badań oraz inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Nationale-Nederlanden
- inne

oraz:

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

Dodatkowe informacje

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 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, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają 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.

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.