



Wniosek o wypłatę świadczenia Umowa dodatkowa Ona/On

Polisa nr _____

Pamiętaj, że zamiast drukować formularz papierowy możesz w szybki i wygodny sposób zgłosić zdarzenie przez stronę internetową:
www.nn.pl/zglos-zdarzenie.

Imię i nazwisko Przedstawiciela

Nr Przedstawiciela

Nr Oddziału

Wypełnij formularz drukowanymi literami. Możesz to zrobić elektronicznie przed wydrukowaniem i podpisaniem.

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr PESEL

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Dokument tożsamości Seria/Nr

Termin ważności dokumentu

Adres zamieszkania (uzupełnić, jeżeli osoba uprawniona do świadczenia jest osobą występującą z wnioskiem)

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 (uzupełnić, jeżeli jest inna niż Ubezpieczony)

- w przypadku pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Uzupełnić tylko, jeśli osoba występująca z wnioskiem nie posiada nr PESEL

Dokument tożsamości Seria/Nr

Termin ważności dokumentu

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

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 _____

Etapy walki z chorobą

- operacja
 kurs chemioterapii
 kurs radioterapii
 powrót do sił:
 nawrót choroby
 wygrana walka z chorobą

- wypłata jednorazowa
 wypłata ratalna od wskazanego dnia _____

Sposób wypłaty

- przebieganie na polisę/wniosek nr _____
 przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku _____

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

Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy _____

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

- do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub kartę pobytu)
 karty informacyjne leczenia szpitalnego
 dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia ambulatoryjnego wraz z wynikami badań (w tym z wynikiem badania histopatologicznego)
 dokumentacja medyczna potwierdzająca całkowitą remisję i ponowne wystąpienie choroby – w przypadku nawrotu choroby

- 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

Osoba występująca z wnioskiem oraz Ubezpieczony

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

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Ubezpieczony

(jeśli jest inny niż osoba występująca z wnioskiem)

PESEL

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Przedstawiciel

(w przypadku wypełnienia wniosku w obecności
Przedstawiciela)

Podpis

Data

Klauzula informacyjna

Kto jest administratorem Twoich danych

Twoimi danymi osobowymi – jako administratorzy – zarządzają wspólnie:

- podmioty z Grupy Nationale-Nederlanden, które mają siedzibę w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12:
 - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,
 - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.,
 - Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A.,
 - Nationale-Nederlanden Dobrowolny Fundusz Emerytalny oraz Nationale-Nederlanden Otwarty Fundusz Emerytalny, reprezentowane przez Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A.,
 - Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o.,
 - NN Investment Partners Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.,
- Notus Finanse S.A., która ma siedzibę w Warszawie (00-517) przy ul. Marszałkowskiej 76.

Ciągle się rozwijamy, więc nasza grupa może się powiększyć o nowe spółki. One też będą zabezpieczać Twoje zdrowie, życie, majątek czy finanse, dlatego staną się współadministratorami Twoich danych. O każdej z nich poinformujemy Cię e-mailem lub SMS-em.

Jak się z nami kontaktować

Aby się z nami skontaktować, możesz:

- wysłać list na adres naszej siedziby: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
- przyjść do naszego oddziału lub
- wysłać e-mail na: info@nn.pl.

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą danych osobowych. Jeśli chcesz to zrobić, wyślij e-mail na: iod@nn.pl.

Po co nam dane osobowe

Potrzebujemy Twoich danych z kilku powodów. Przetwarzamy, aby:

- Cię zidentyfikować – dzięki temu masz pewność, że kontaktujemy się z Tobą w sprawach, które Cię dotyczą,
- lepiej dopasować nasze produkty do Twoich potrzeb i zaproponować Ci je w odpowiednim momencie,
- być dla Ciebie partnerem i kibicować Ci w ważnych dla Ciebie momentach – dlatego wyślemy Ci kartkę z życzeniami urodzinowymi czy gratulacjami z okazji narodzin dziecka. Małe gesty są dla nas bardzo ważne!
- informować Cię także o sprawach, które dotyczą nas: o tym, co robimy, jak wspieramy naszych klientów i jak nas oni oceniają. Nasza misja to nie tylko ubezpieczenia i finanse, ale też profilaktyka zdrowotna. To oznacza, że pomagamy innym dbać o zdrowie: udostępniamy poradniki i informujemy o akcjach, w które się angażujemy, aby promować wiedzę o zdrowiu. Są to np. kampanie społeczne, konkursy czy promocje. To sprawy i wydarzenia, które mogą być ważne także dla Ciebie. Chcemy też Cię do nich zapraszać.

Skontaktujemy się z Tobą tak, jak chcesz. Wolisz porozmawiać przez telefon? Zadzwonimy. Wolisz dostawać e-maile, SMS-y albo powiadomienia w naszym serwisie lub w aplikacji? Informacje prześlemy Ci elektronicznie.

Zgoda na kontakt, której nam udzielasz, jest dobrowolna. To oznacza, że nie jest ona warunkiem naszej współpracy i nie wpływa na to, jak realizujemy umowy, które z Tobą zawarliśmy. Poza tym, w każdym czasie możesz ją wycofać. Twoje dane przetwarzamy od chwili, w której dostajemy na to Twoją zgodę, do chwili, w której ją wycofujesz. Pamiętaj jednak, że do czasu wycofania zgody wszystkie informacje przekazywaliśmy Ci zgodnie z prawem.

Kiedy możemy przekazywać dane innym podmiotom

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby nasza firma sprawnie działała. Tymi odbiorcami są np. dostawcy rozwiązań informatycznych, call center, agencje. Każdy z nich w umowie z nami zobowiązuje się przetwarzać Twoje dane 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.

Jakie masz prawa

Zgoda na przetwarzanie danych, której nam udzielasz, jest dobrowolna. Możesz ją wycofać w każdym czasie. Pamiętaj jednak, że cofnięcie zgody nie działa wstecz. To, co robiliśmy przed jej wycofaniem, było zgodne z prawem.

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 – przekazujemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz,
- wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.