



## Wniosek o wypłatę świadczenia Uszkodzenie ciała

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

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

**Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała:** (prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)

- Wariant podstawowy zawierający uszczerbek \*
- Wariant rozszerzony zawierający uszczerbek \*
- Wariant pełny (prosimy o zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola)
- zwichnięcia lub  złamania w ramach pierwszej pomocy finansowej
- uszczerbek \*

\* Stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez Nationale-Nederlanden po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia zajścia Niestety wypadku.

### 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 gdy Ubezpieczony 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 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

## Dane o zdarzeniu

Data wypadku \_\_\_\_\_ Kraj wypadku \_\_\_\_\_  
Data zdarzenia \_\_\_\_\_ Miasto wypadku \_\_\_\_\_  
(prosimy o wpisanie daty faktycznego uszkodzenia organu, narządu lub układu)  
Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_ Data zakończenia leczenia łącznie z rehabilitacją \_\_\_\_\_  
Opis zdarzenia \_\_\_\_\_

## Oświadczenie Ubezpieczonego o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:

Oświadczam, że w chwili wypadku, który miał miejsce dnia \_\_\_\_\_, nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych.

## Przebieg leczenia

Prosimy podać dane lekarzy, którzy udzielili pomocy/leczyli Pana/Panią:

Imię i nazwisko	Nazwa placówki medycznej	Adres miejsca pracy (ulica, miejscowość, kod pocztowy)	Okres leczenia od	Okres leczenia do	Dodatkowe informacje
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Prosimy podać dane lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarza, pod którego opieką pozostaje Pan/Pani obecnie:

Imię i nazwisko	Nazwa placówki medycznej	Adres miejsca pracy (ulica, miejscowość, kod pocztowy)	Okres leczenia od	Okres leczenia do	Dodatkowe informacje
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## 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 \_\_\_\_\_

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

- Urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- Dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy
- Dokumentacja medyczna z leczenia następstw wypadku
- Postanowienie z prokuratury lub notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności wypadku
- Protokół powypadkowy BHP w przypadku wypadku w pracy
- Prawo jazdy, jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia kierował pojazdem

oraz:

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż Ubezpieczony 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:

---

---

---

---

## 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.