



## Wniosek o wypłatę świadczenia Pobyt w szpitalu lub operacja

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.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:  Pobyt w szpitalu  Operacja

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Uzpełnić 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 \_\_\_\_\_ Uzpełnić tylko, jeśli Ubezpieczony 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

## Sposób wypłaty świadczenia

- 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 \_\_\_\_\_

## Oświadczenie Ubezpieczonego

Prosimy podać powód pobytu w szpitalu:

- Wypadek       Choroba:  
 pobyt nagły  
 pobyt planowy

W przypadku pobytu planowego proszę podać dane lekarza kierującego:

Imię i nazwisko  
lekarza \_\_\_\_\_  
lub nazwa placówki \_\_\_\_\_

Adres miejsca pracy lekarza – szpital lub przychodnia

Ulica \_\_\_\_\_

Nr budynku \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Prosimy podać (w przypadku choroby):

- datę wystąpienia pierwszych objawów choroby \_\_\_\_\_
- datę wykonania badań potwierdzających rozpoznanie \_\_\_\_\_
- dokładną datę ustalenia rozpoznania \_\_\_\_\_
- czy w przeszłości stwierdzono podobne objawy lub rozpoznano jednostkę chorobową, które mogą mieć związek z obecną jednostką chorobową

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/była Pan/Pani leczony/leczona przez innego lekarza w szpitalu lub innym zakładzie opieki medycznej? Jeśli tak, to prosimy podać następujące informacje:

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza / adres szpitala lub ZOZ-u	Rodzaj choroby lub obrażenia	Daty
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Prosimy podać:

- datę nieszczęśliwego wypadku (NW) - jeśli pobyt w szpitalu lub operacja był następstwem NW \_\_\_\_\_
- datę przyjęcia do szpitala \_\_\_\_\_
- datę wypisu ze szpitala \_\_\_\_\_
- datę operacji \_\_\_\_\_

Prosimy odpowiedzieć na pytania

- Czy przebywał(a) Pan/Pani na oddziale intensywnej terapii?  Tak  Nie  
Jeśli tak, proszę podać termin przebywania na ww. oddziale: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
- Czy był(a) Pan/Pani czasowo nieobecny(a) w szpitalu za zgodą Lekarza?  Tak  Nie  
Jeśli tak, proszę podać okres nieobecności: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

## Oświadczenie Ubezpiezonego 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.

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

- do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub kartę pobytu).
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań
- w przypadku NW: 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)

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; **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 przeprowadziłem/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

Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka

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.