



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.

Imię i nazwisko przedstawiciela lub pracownika biura
Nationale-Nederlanden

Nr przedstawiciela

Nr oddziału

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe: ☐ Pobyt w szpitalu ☐ Operacja

Dane Ubezpieczonego (osoby uprawnionej do wypłaty świadczenia)

Nazwisko _____

Imię _____

Drugie imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ mDowód* (*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Data wydania dokumentu tożsamości _____ Data ważności dokumentu tożsamości _____

Państwo urodzenia _____

Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne _____

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 +48 _____

E-mail _____

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku. ☐ Tak ☐ Nie

Adres do korespondencji (wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

Dane osoby, która występuje z wnioskiem o wypłatę świadczenia (uzupełnij, 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 _____

Drugie imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ mDowód* (*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Data wydania dokumentu tożsamości _____ Data ważności dokumentu tożsamości _____

Państwo urodzenia _____

Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne _____

Adres do korespondencji

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo _____

Dane kontaktowe (opcjonalnie) – jeśli podasz dane inne niż te, które mamy, zaktualizujemy je.

Tel. kontaktowy +48 _____

E-mail _____

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku. ☐ Tak ☐ Nie

Sposób wypłaty świadczenia

☐ przeksięgowanie na polisę/wniosek nr _____

☐ przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku _____

Dane właściciela rachunku (wypełnij jeżeli właścicielem rachunku jest inna osoba niż ta, która występuje 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 podaj dane lekarza kierującego:

Imię i nazwisko lekarza _____
lub nazwa placówki _____

Adres miejsca pracy lekarza – szpital lub przychodnia

Ulica _____

Nr budynku _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

W przypadku choroby podaj:

- 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

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 Ubezpieczonego 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

- ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Pełnomocnika/Opiekuna prawnego, o ile został ustanowiony. Dokument nie jest wymagany, jeżeli wniosek jest wypełniany w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden, który potwierdza tożsamość wymienionych osób.
- ☐ 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 i zgody

Osoba występująca z wnioskiem oraz Ubezpieczony

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa (dalej: Nationale-Nederlanden) wolne jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

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 na Życie 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 Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

TAK ☐ NIE ☐

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 udzielanie Nationale-Nederlanden Towarzystwu 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. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego.

TAK ☐ NIE ☐

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 	Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka Podpis Data
--	--	--

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. Potwierdzam, że przeprowadziłam/em weryfikację tożsamości Ubezpieczonego oraz, że dane we wniosku są zgodne z dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego.

Przedstawiciel lub pracownik biura
Nationale-Nederlanden
(w przypadku wypełnienia wniosku 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.

Wyzaczyliśmy 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 reklamację, 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 – przekazujemy 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.

Informacja o reklamacji

1. Reklamację można złożyć:
 - a) w postaci elektronicznej:
 - przez formularz na stronie: www.nn.pl;
 - na adres e-mail info@nn.pl;
 - b) na piśmie:
 - osobiście lub listownie: ul. Topiel 12, 00-342, Warszawa
 - przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych:
 - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20
 - c) ustnie – telefonicznie pod numerem: +48 22 522 71 24, 801 20 30 40
2. Odpowiedzi na reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie możemy odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformujemy:
 - a) jakie są przyczyny opóźnienia,
 - b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę,
 - c) w jakim terminie udzielimy odpowiedzi – nie może on być dłuższy niż 60 dni od otrzymania reklamacji.
4. Odpowiedź prześlemy listownie na adres osoby, która składała reklamację.
5. Na wniosek osoby, która składała reklamację, odpowiedź wyślemy elektronicznie na podany przez tę osobę adres email.