

Wypłata świadczenia z tytułu

Prosimy o zaznaczenie opcji znakiem „x”

- Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą
- Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu
- Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego
- Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy
- Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą
- Pobytu Małżonka Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą
- Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

Wymagane dokumenty

(opis wymaganych dokumentów znajduje się na 3 stronie)

- (1, 2)
- (1, 2, 6)
- (1, 2)
- (1, 2, 6)
- (1, 2, 6)
- (1, 2, 7)
- (1, 2, 6, 7)
- (1, 2, 4, 5)
- (1, 2, 4, 5, 6)

Okres pobytu od - - do - -

Czy osoba której dotyczy wniosek przebywała również na oddziale OIOM?

Tak Nie

(dodatkowo wymagany dokument 3)

(opis wymaganych dokumentów znajduje się na 3 stronie)

Okres pobytu na oddziale OIOM od - - do - -

Czy osoba której dotyczy wniosek przebywała również na oddziale rehabilitacyjnym?

Tak Nie

Dane Poszkodowanego

(pola konieczne do uzupełnienia po wybraniu opcji: „Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą” oraz „Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem”)

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Uzupełnić tylko jeśli Poszkodowany nie posiada numeru PESEL.

Przyczyna zdarzenia

wypadek (proszę podać):

Datę nieszczęśliwego wypadku - -

Opis okoliczności zdarzenia/nieszczęśliwego wypadku:

Kiedy i gdzie udzielono pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?

Czy w sprawę była zaangażowana Policja/Prokuratura?

Tak Nie

W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać nazwę i adres Komendy Policji lub Prokuratury prowadzącej sprawę:

choroba (proszę podać):

datę wystąpienia pierwszych objawów

datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. jednostki chorobowej

dokładną datę ustalenia rozpoznania

Prosimy podać nazwiska i miejsce 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 wypis ze szpitala



Prosimy o zaznaczenie powodu pobytu w szpitalu na poniższej liście:

- A00 – B99 Choroby zakaźne i pasożytnicze
- C00 – D48 Nowotwory
- D50 – D89 Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów automimmunologicznych
- E00 – E90 Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (choroby tarczycy, przysadki, nadnerczy, cukrzyca)
- F00 – F99 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
- G00 – G99 Choroby układu nerwowego
- H00 – H59 Choroby oka
- I00 – I99 Choroby układu krążenia
- J00 – J99 Choroby układu oddechowego
- K00 – K93 Choroby układu trawiennego (choroby żołądka, wątroby, jelit, pęcherzyka żółciowego)
- L00 – L99 Choroby skóry i tkanki podskórnej
- M00 – M99 Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej
- N00 – N99 Choroby układu moczowo-płciowego
- O00 – O99 Ciąża, poród, połóg
- P00 – P96 Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym
- Q00 – Q99 Wady rozwojowe wrodzone
- R00 – R99 Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych
- S00 – T98 Urazy, zatrucia
- INNE (proszę podać jakie)

Wymagane dokumenty¹

- 1 urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem,
- 2 karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- 3 karta informacyjna z leczenia szpitalnego określająca okres pobytu na OiOM, w przypadku pobytu na OiOM,
- 4 odpis aktu urodzenia się Dziecka,
- 5 ważna legitymacja szkolna lub legitymacja studencka w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia,
- 6 dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny), w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- 7 odpis aktu małżeństwa (aktualny, nie starszy niż 1 rok) lub odpis aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem.

Sposób wypłaty

- przekaz pocztowy

Adres do przekazu:

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod pocztowy -

Miejscowość

- przelew na rachunek bankowy

Uwaga: Jeśli nazwa właściciela nie zostanie uzupełniona Nationale-Nederlanden uzna, że właścicielem rachunku jest osoba występująca z wnioskiem.

Nazwa właściciela

Nr rachunku

Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy regulują przepisy:

- a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych



Ubezpieczony
PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Podpis

| |
|--|
| |
|--|

Data

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ubezpieczający
(wypełnić w przypadku wypełnienia
w obecności Ubezpieczającego)
Podpis

| |
|--|
| |
|--|

Data

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Pieczęć Ubezpieczającego

| |
|--|
| |
|--|

Data

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka
Podpis

| |
|--|
| |
|--|

Data

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

¹ dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Ubezpieczyciela.

Klauzula informacyjna

Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania danych osobowych

Administratorem danych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. z adresem siedziby przy ul. Topiel 12, w Warszawie.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email info@nn.pl lub pisemnie (adres siedziby administratora). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email info@nn.pl lub pisemnie (adres siedziby administratora). Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celach związanych z likwidacją zgłoszonego roszczenia oraz w celach statystycznych – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze oraz niezbędność do realizacji umowy.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Ponadto Pani/ Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przez administratora przekazywane zakładom reasekuracji i podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w niezbędnym dla tego procesu zakresie.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani /Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania.

W zakresie, w jakim Pani /Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – przysługuje Pani /Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/ Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych. Można to zrobić np. przesyłając stosowny wniosek na adres siedziby administratora danych lub mailowo na adres info@nn.pl bądź kontaktując się z jego przedstawicielem (agentem).

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w powyższych celach nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie. Podanie danych jest dobrowolne jednak niezbędne w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

