



## 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](http://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.

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr PESEL  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_  
Rodzaj dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  mDowód\* (\*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)  
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:  wypłata jednorazowa  
 wypłata ratalna od wskazanego dnia \_\_\_\_\_
- nawrót choroby  
 wygrana walka z chorobą

## Sposób wypłaty

- przebiegowanie 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 dokumenty<sup>1</sup>

- 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 \_\_\_\_\_

## Oświadczenie Osoby występującej z wnioskiem oraz Ubezpieczonego

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

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

## 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.

Przedstawiciel lub pracownik biura

Nationale-Nederlanden

(w przypadku wypełnienia wniosku w obecności  
Przedstawiciela)

Podpis

Data

### 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](mailto:info@nn.pl).

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą ochrony danych osobowych. Jego adres e-mail to: [iod@nn.pl](mailto: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 reklamacje, 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](mailto: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/ą – 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 – prześlemy 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.