



Wniosek o wypłatę świadczenia Opcja NW

Ubezpieczenie nr _____

Podstawowym ubezpieczeniem na życie Opcja NW objęci są posiadacze oraz współposiadacze: Konta Komfort, Konta VIP, Konta Student (Konta Student: otwarte do 28 marca 2005 r.).

Dodatkowym ubezpieczeniem na życie Opcja NW mogą być objęci posiadacze wszystkich typów rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych, oszczędnościowych i rozliczeniowych.

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

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

- Trwałe inwalidztwo częściowe spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (NW)
- wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę Świadczenia po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.
- Trwałe inwalidztwo całkowite spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (NW)
- wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę Świadczenia po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji.

Dane osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____ Tel. kontaktowy _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

E-mail _____

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną na podany adres e-mail Tak Nie

Dane osoby uprawnionej do świadczenia (jeśli jest inna niż osoba występująca z wnioskiem o wypłatę świadczenia)

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____ Tel. kontaktowy _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Zgłaszane zdarzenie dotyczy trwałego inwalidztwa częściowego spowodowanego NW

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> utrata wzroku w obu oczach (całkowita, stała i nieodwracalna) | <input type="radio"/> utrata wzroku w jednym oku (całkowita, stała i nieodwracalna) |
| <input type="radio"/> utrata słuchu w obu uszach (całkowita, stała i nieodwracalna) | <input type="radio"/> utrata słuchu w jednym uchu (całkowita, stała, nieodwracalna) |
| <input type="radio"/> utrata mowy (całkowita, stała, nieodwracalna) | <input type="radio"/> utrata ramienia |
| <input type="radio"/> utrata przedramienia | <input type="radio"/> utrata dłoni |
| <input type="radio"/> utrata kciuka | <input type="radio"/> utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk) |
| <input type="radio"/> utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka) | <input type="radio"/> utrata podudzia |
| <input type="radio"/> utrata nogi | <input type="radio"/> utrata stopy |
| <input type="radio"/> utrata obu podudzi | <input type="radio"/> utrata dużego palca u stopy |
| <input type="radio"/> utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem) | |

Data zajścia Nieszczęśliwego wypadku _____

Zgłaszane zdarzenie dotyczy trwałego inwalidztwa całkowitego spowodowanego NW

Data zajścia Nieszczęśliwego wypadku _____

Sposób wypłaty

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

Adres właściciela (uzupełnić tylko jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

przekaz pocztowy

Adresat i adres do przekazu

Wymagane dokumenty (prosimy dołączyć oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ wydający dany dokument lub osobę reprezentującą Ubezpieczyciela)

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż uprawniona do świadczenia wymagane jest przedstawienie dokumentu pełnomocnictwa do reprezentowania tej osoby.

Trwałe inwalidztwo częściowe

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość i datę urodzenia uprawnionego do Świadczenia
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzająca wystąpienie Trwałego inwalidztwa częściowego (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego, zaświadczenie/a lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań)
- postanowienie z Prokuratury lub notatka urzędowa Policji opisująca okoliczności NW

Trwałe inwalidztwo całkowite

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość i datę urodzenia osoby uprawnionej do Świadczenia
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia, potwierdzająca wystąpienie Trwałego inwalidztwa całkowitego (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego, zaświadczenie/a lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań)
- postanowienie z Prokuratury lub notatka urzędowa Policji opisująca okoliczności NW

- jeżeli osoba występująca z wnioskiem nie posiada wymienionych dokumentów – prosimy o podanie informacji umożliwiających ich uzyskanie, tj. nazwy i adres podmiotu, który je posiada

Ubezpieczyciel może poprosić o dodatkowe dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia.

Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia

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

Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jednolity Dz. U. z 2002 roku, nr 72, poz. 665) w celu realizacji Umów grupowego ubezpieczenia „Opcja NW” upoważniam ING Bank Śląski S.A. do przekazania Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12 następujących informacji, objętych tajemnicą bankową: rodzaj rachunku bankowego, imię i nazwisko Ubezpieczonego, nr PESEL, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail, kwota opłaty za udostępnienie ubezpieczenia. Przekazanie danych objętych tajemnicą bankową zapewni sprawny przepływ dokumentów pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym, co ułatwi proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia. Tak Nie

W przypadku, gdy przystąpienie do ubezpieczenia nastąpiło podczas rozmowy telefonicznej upoważniam ING Bank Śląski S.A. do przekazania Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. nagranej rozmowy telefonicznej, w trakcie której przystąpiłem/am do ubezpieczenia „Opcja NW”.

Upoważniam podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielania informacji koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, zarówno za mojego życia jak i po mojej śmierci.

W tym celu wyrażam zgodę na przekazywanie upoważnionemu przez Nationale-Nederlanden lekarzowi informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nationale-Nederlanden moich danych osobowych podanych w niniejszym wniosku oraz w pozyskanej dokumentacji medycznej, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, dla celów analizy zasadności złożonego wniosku. Administratorem danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

W celu zasięgnięcia informacji niezbędnych do realizacji procesu wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel przekaże kopię wniosku Ubezpieczającemu (Bankowi).

Osoba występująca z wnioskiem

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data