nationale nederlanden

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

Imię

PESEL

Data urodzenia

Uzupełnić tylko jeśli osoba występująca z wnioskiem nie posiada numeru PESEL

Obywatelstwo

Kraj urodzenia

Dokument tożsamości Seria/Nr

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

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

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Uzupełnić tylko jeśli Uprawniony nie posiada numeru PESEL

Obywatelstwo

Kraj urodzenia

Dokument tożsamości Seria/Nr

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

01.07.2018

Zgłaszane zdarzenie dotyczy trwałego inwalidztwa częściowego spowodowanego NW

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

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".

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

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 ciążący 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.

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; tel. +48 (22) 522 00 00, fax +48 (22) 522 11 11, www.nn.pl
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 25443;
NIP: 527-10-02-574, Kapitał zakładowy – 41 000 000 zł, wpłacony w całości