



## Wniosek o wypłatę świadczenia. Spłata na bank

Ubezpieczenie nr

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

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

- Poważnego zachorowania  
 Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia

### Dane osoby ubezpieczonej

Nazwisko

Imię

Ulica

Nr domu  Nr mieszkania  Kod pocztowy

Miejscowość

PESEL  Telefon kontaktowy

E-mail

### Dane osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia (jeśli jest inną osobą niż osoba Ubezpieczona)

Nazwisko

Imię

Ulica

Nr domu  Nr mieszkania  Kod pocztowy

Miejscowość

PESEL  Telefon kontaktowy

E-mail

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

### Zgłaszane zdarzenie dotyczy poważnego zachorowania

- zdiagnozowanie nowotworu (guza) złośliwego  
 zdiagnozowanie zawału serca  
 zdiagnozowanie niezłośliwego guza mózgu  
 zdiagnozowanie udaru mózgu  
 zabieg bypass  
 przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego  
 niewydolność nerek  
 utrata wzroku  
 zabieg angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA)  
 ciężkie oparzenia

Data zajścia zdarzenia (dzień powstania diagnozy przez lekarza lub dzień przeprowadzenia badania lub zabiegu)

### Zgłaszane zdarzenie dotyczy niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnego życia

Data zajścia zdarzenia (pierwszy dzień okresu trwania Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia)

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

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

**Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia**

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego
- dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania choroby będącej przyczyną Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzająca wystąpienie Niezdolność do samodzielnego życia albo Niezdolność do pracy (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań)
- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych (o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym)
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności wypadku (np. notatka urzędowa z policji)

**Poważne zachorowanie**

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego
- dokumenty potwierdzające zajście Poważnego zachorowania: karta wypisu ze szpitala, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań, dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej, opinie lekarskie i wyniki badań ambulatoryjnych
- dokumentacja medyczna dotycząca zdiagnozowania choroby będącej przyczyną Poważnego zachorowania

- 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 ubezpieczonego**

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 „Splata na Bank” upoważniam ING Bank Śląski S.A. do przekazania Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUŃŻ S.A.) z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12 następujących informacji, objętych tajemnicą bankową: numer rachunku karty kredytowej, okres trwania umowy karty, imię i nazwisko, nr PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail, kwota udzielonego limitu na kartach kredytowych, kwota salda zadłużenia na rachunku karty kredytowej, wysokość minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na karcie. Przekazanie danych objętych tajemnicą bankową zapewni 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 TUŃŻ S.A. nagranej rozmowy telefonicznej, w trakcie której przystąpiłem/am do ubezpieczenia „Splata na Bank”.

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).

Ubezpieczony  
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Osoba występująca z wnioskiem  
(jeśli jest inną osobą niż Ubezpieczony)  
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data