



## Wniosek o wypłatę świadczenia z umowy Grupowego ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (NW)

Prosimy o wypełnienie wniosku drukowanymi literami.

Polisa nr \_\_\_\_\_

### Dane osoby ubezpieczonej

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_  
Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

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

- w przypadku gdy osoba uprawniona do świadczenia jest osobą małoletnią prosimy o podanie danych rodzica/opiekuna prawnego,
- w przypadku pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika.

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_  
Uzupelnic tylko jeśli osoba występująca z wnioskiem nie posiada numeru PESEL  
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

### Proszę podać

- datę Nieszczęśliwego wypadku \_\_\_\_\_
- datę przyjęcia do szpitala \_\_\_\_\_
- datę wypisu ze szpitala \_\_\_\_\_

### Oświadczenie osoby ubezpieczonej o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:

Oświadczam, iż w chwili wypadku, który miał miejsce w dniu \_\_\_\_\_, nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji toksycznych ani innych środków odurzających.

## Sposób wypłaty

### Przelew na rachunek bankowy

Nazwa właściciela \_\_\_\_\_

Nr rachunku \_\_\_\_\_

Nazwa Banku \_\_\_\_\_

### Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa Banku \_\_\_\_\_

Adres Banku \_\_\_\_\_

Kod BIC (SWIFT) \_\_\_\_\_ Waluta \_\_\_\_\_

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

- karta informacyjna leczenia szpitalnego (karta wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – karty informacyjne leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał
- dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań
- notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności NW lub w przypadku, gdy nie była wzywana policja oświadczenie opisujące okoliczności NW (jeżeli osoba uprawniona do świadczenia nie posiada notatki urzędowej z policji – prosimy podać informacje umożliwiające jej uzyskanie, tj. nazwę i adres instytucji, która ją posiada)
- opinia lekarska i wyniki badań oraz inne dokumenty niezbędne do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Nationale-Nederlanden

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Oświadczenia Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. innemu zakładowi ubezpieczeń, na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych danych, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy i wysokości tego świadczenia, udzielenia posiadanych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy i jego wysokości.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, o udzielenie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikację podanych danych o stanie zdrowia, w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, zarówno za mojego życia, jak i po mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia. Z żądaniem przekazania powyższych informacji występuje lekarz upoważniony przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na udzielanie Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, przez organy rentowe lub inne instytucje odpowiedzialne za ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego pełnej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia lub wysokości tego świadczenia. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na udostępnienie Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko, data urodzenia, adres oraz nr PESEL w celu wykonania umowy ubezpieczenia, w tym weryfikacji podanych danych, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy i wysokości tego świadczenia.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę, aby dane osobowe o moim stanie zdrowia były przetwarzane przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w ramach profilowania klientów na potrzeby oceny ryzyka oraz w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

TAK  NIE

Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe, w celu realizacji uprawnień wynikających z umowy Grupowego Ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus, upoważniam ING Bank Śląski S.A do przekazania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową, a niezbędnych w procesie rozpatrzenia roszczeń i wypłaty świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia (numer karty kredytowej, kwota minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na karcie, termin spłaty karty).

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

Ubezpieczony  
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Osoba występująca z wnioskiem  
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

## Klauzula informacyjna

### Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Od momentu pozyskania Pani/Pana danych osobowych, administratorem Pani/Pana danych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres e-mail [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) lub pisemnie (adres siedziby administratora). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail [iod@nn.pl](mailto:iod@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 celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstw ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Zakładu Ubezpieczeń.
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.

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

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

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, 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.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do zakładów reasekuracji mających siedzibę w Szwajcarii lub w Kanadzie. Komisja Europejska stwierdziła w odniesieniu do tych krajów odpowiedni poziom ochrony danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane także do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, tj. odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Przekazywanie danych osobowych odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych.

Odbiorcy z siedzibą w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym wdrożyli odpowiednie lub właściwe zabezpieczenia Pani/Pana danych osobowych. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania kopii przekazanych danych osobowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody, 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 do 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 e-mailowo na adres [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) bądź kontaktując się z jego przedstawicielem (agentem).

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

Podanie danych osobowych jest konieczne do wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania danych osobowych nie jest możliwe wykonywanie umowy ubezpieczenia.