nationale nederlanden

Wniosek o wypłatę świadczenia. Spłata na Bank Plus

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

PESEL Data urodzenia (Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr 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 występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia (jeśli jest inną osobą niż osoba Ubezpieczona)

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

01.07.2018

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)

- 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:

____

____

Oświadczenie ubezpieczonego

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 ____

01.07.2018

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