



Wniosek o wypłatę świadczenia.

Ubezpieczenie nr

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

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

- Poważnego zachorowania
 Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (NW)

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 pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku

Prosimy podać:

- datę nieszczęśliwego wypadku (NW) - jeśli pobyt w szpitalu był następstwem NW
- datę przyjęcia do szpitala
- datę wypisu ze szpitala

Oświadczenie osoby uprawnionej do świadczenia 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 (w przypadku zdarzenia śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku)

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)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. moich danych osobowych podanych w niniejszym wniosku dla celów analizy zasadności złożonego wniosku.

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.

Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku

- urzędowy dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- 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)

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

Oświadczenie Ubezpieczonego

Upoważniam lekarzy, podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz zakłady ubezpieczeń i instytucje ubezpieczeniowe do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia. Upoważniam lekarzy upoważnionych przez Ubezpieczyciela do zasięgania informacji medycznych w tym również do występowania o kserokopię dokumentacji medycznej, dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u lekarzy, u których zasięgałem porad lub przez których byłem badany albo leczony (upoważnienie dotyczy również podmiotów wykonujących działalność leczniczą).

Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia, do przekazania Towarzystwu danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

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
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data