



Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem.

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres placówki, data)		Okres: od	D	D	M	M	R	R	R	R
Pozostałe placówki, w których prowadzono leczenie (nazwa, adres)										
Placówka podstawowej opieki zdrowotnej/lekarz rodzinny (nazwa, adres)										

### Forma wypłaty świadczenia

#### Przelew na wskazany numer rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego																				
Nazwisko i imię właściciela rachunku																				
Adres właściciela rachunku																				

Rekomendujemy powyższą formę wypłaty ze względu na szybkość i bezpieczeństwo realizacji świadczenia. W przypadku braku wskazania formy wypłaty świadczenia środki zostaną wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji w sprawie roszczenia podany w niniejszym formularzu.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam, a informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. W razie poświadczenia nieprawdy zobowiązuję się zwrócić otrzymane świadczenie w terminie 14 dni od daty wezwania przez Towarzystwo.

Zostałem/am poinformowany/a przez Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A., że wszelkie reklamacje wynikające z umowy ubezpieczenia winny być przesłane do Towarzystwa na piśmie, elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo, telefonicznie na numer wskazany przez Towarzystwo (do protokołu) lub osobiście w Agencji Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. (do protokołu).

W przypadku zaś niezuznania reklamacji przez Towarzystwo można się zwrócić w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta, lub istnieje możliwość wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego. Reklamacje Klientów będących osobami fizycznymi rozpatrywane są w ciągu 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo. W sprawach szczególnie skomplikowanych wspomniany powyżej termin może ulec wydłużeniu maksymalnie do 60 dni, o czym osoba składająca reklamację zostanie poinformowana. Polityka rozpatrywania reklamacji jest dostępna na stronie internetowej Towarzystwa [www.nn.pl](http://www.nn.pl).

#### Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Miejscowość i data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia, lub pełnomocnika, lub przedstawiciela ustawowego

### Informacje o wymaganych dokumentach w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu <sup>1)</sup> :
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych lub dostawców usług telekomunikacyjnych”
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	2. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu 4. kopia dokumentu tożsamości każdego z uposażonych/spadkobierców lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza lub organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP
• całkowite i trwałe inwalidztwo niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	5. kopia dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresu jednostki policji, prokuratury lub sądu, która prowadzi/ła postępowanie w sprawie
• trwałe inwalidztwo/uszczerbek na zdrowiu	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej z leczenia (w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu), opisy oraz wyniki badań obrazowych (np. RTG, USG, MR, CT), karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz informujące o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności 9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku
• złamanie lub oparzeni	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza lub organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP
• poważna choroba, operacja	1, 10, 11, 14 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	11. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego 12. kopia zwolnień lekarskich, w sytuacji niezdolności trwającej ponad 182 dni – kopia orzeczenia o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego
• hospitalizacja	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 7, 9, 17	13. kopia dowodu aktywności zawodowej 14. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
• wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informujemy o tym niezwłocznie	15. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego 16. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka 17. jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz 15; jeśli zdarzenie dotyczy partnera, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości partnera; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, dodatkowo: 16

<sup>1)</sup> Informujemy, że Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów. Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają notariusz, lub osoby upoważnione w biurach sprzedaży Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A., uprawniony pracownik instytucji finansowej lub dostawcy usług telekomunikacyjnych, poświadczające dokument pieczęcią firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem lub organ wydający dokument.

## Kto jest administratorem danych osobowych?

---

Administratorem danych osobowych jest Nationale- ederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

## W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

---

Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu tradycyjnego, czyli proponowania listownie umów ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail. Możemy to robić w sposób zautomatyzowany lub poprzez profil owanie danych,
- udostępnienia danych innym podmiotom z naszej Grupy Kapitałowej w celu proponowania przez nie usług.

## Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

---

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych,
- dobrowolne, gdy dane mają być przetwarzane lub udostępnione w celu marketin owym.

## W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

---

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- obowiązywania zgody, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy.

## Jakie dane będziemy przetwarzać?

---

Będziemy przetwarzać dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia w zakresie danych identyfikacyjnych, kontaktowych, numeru rachunku bankowego oraz informacje o powiązanych z nimi produktach ubezpieczeniowych, a także inne dane, jeżeli ich przetwarzanie jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa.

## Od kogo mamy dane?

---

Dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia zostały nam podane przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w trakcie zawierania lub wykonania umowy ubezpieczenia.

## Komu możemy przekazać dane osobowe?

---

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody.

Zapewniamy, że w przypadku podmiotów znajdujących się poza granicami Unii Europejskiej, dane są przekazywane zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na podstawie innych odpowiednich zabezpieczeń (przysługuje prawo do uzyskania ich kopii). Podmioty te stosują właściwe zabezpieczenia ochrony danych osobowych.

## Jakie są prawa osoby, która przekazała nam dane?

---

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w celu marketin owym.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie przez nas danych osobowych, zanim ta zgoda została wycofana.

Osoba, która udostępniła nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pytania związane z przetwarzaniem przez nas danych osobowych prosimy kierować do naszego Inspektora Danych Osobowych na adres e-mail: [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl).

Zespół Obsługi Klienta