

Formular de anunț al evenimentului asigurat Afecțiuni grave – Asigurare de grup cu acoperire extinsă

Secțiunea 2: Informații generale

Notă: Rugăm medicul specialist care a tratat persoana asigurată să completeze rubricile de mai jos.

Raport medical

1 Date de identificare

Numele și prenumele
pacientului

CNP-ul pacientului

Adresa

2 Informații

1. Vă rugăm numiți instituția/instituțiile medicală/e unde a fost tratat(ă) pacientul(a).

2. Data la care ați consultat pentru prima dată persoana asigurată
3. Data debutului simptomatologiei și descrierea acesteia (anamneza)

4. Diagnosticul cert și data stabilirii acestuia

5. Vă rugăm precizați dacă afecțiunea a fost cauzată de un accident/traumatism.

6. Vă rugăm enumerați afecțiunile anterioare diagnosticării de care suferea
pacientul dumneavoastră, data debutului acestora și tratamentul urmat (anamneza).

NN Asigurări de Viață S.A.

Str. Costache Negri nr. 1-5,
Sector 5, 050552 București, România

T +40 21 9464
T +40 21 402 85 80
F + 40 21 402 85 81

www.nn.ro
asigurari@nn.ro
pensii@nn.ro

Secțiunea 3: Informații despre afecțiunea diagnosticată

Notă: În funcție de afecțiunea menționată la secțiunea anterioară, rugăm medicul curant să completeze mai jos, în dreptul afecțiunii respective și să atașeze copiile rezultatelor investigațiilor menționate.

Cancer

Vă rugăm să atașați rezultatul examenului histopatologic și al altor investigații pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul cert.

Vă rugăm precizați stadiul afecțiunii, conform clasificării internaționale folosite.

Infarct Miocardic Acut

Vă rugăm să precizați dacă a existat simptomatologie clinică. Descrieți.

Vă rugăm să atașați traseele electrice efectuate pentru diagnosticarea afecțiunii. Precizați eventualele modificări în dinamică.

Vă rugăm precizați valorile următorilor markeri de citoliză mecanică în dinamică:

- TnT (troponina T cardiacă), AccuTn I (troponina I cardiacă)
- CK, CK-MB (creatinofosfokinaza)
- LDH (lactodehidrogenaza)
- ALT (alaninaminotransferaza)
- AST (aspartataminotransferaza)

Accidentul Vascular Cerebral

Vă rugăm atașați interpretarea rezultatului CT sau RMN care a dus la stabilirea diagnosticului cert.

Vă rugăm precizați deficitul neurologic persistent după 30 de zile de la data incidentului și caracterul acestora (remisiv/permanent).

Transplantul de organe

Vă rugăm precizați care este organul afectat și atașați documentul medical în care se menționează necesitatea/indicația efectuării transplantului (de exemplu, biletul de externare).

Vă rugăm menționați dacă pacientul a fost înscris pe o listă de așteptare a vreunei instituții medicale în vederea efectuării acestei operații și precizați instituția respectivă.

Vă rugăm atașați biletul de externare aferent perioadei de spitalizare în care s-a efectuat transplantul.

Scleroză multiplă

Vă rugăm menționați când a avut loc primul episod de boală și descrieți simptomele neurologice permanente.

Atașați rezultatele CT/RMN, al puncției lombare și ale altor investigații care au fost efectuate în vederea stabilirii diagnosticului de certitudine.

Insuficiență renală cronică

Vă rugăm să menționați stadiul afecțiunii.

Există indicație de transplant renal sau de dializă cronică permanentă? Atașați documente.

Encefalită acută

Vă rugăm să menționați cauza afecțiunii, deficitul neurologic prezente și caracterul acestora (remisiv/permanent).

Precizați data ultimului consult neurologic.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plegia/paralizia

Vă rugăm să menționați cauza afecțiunii, segmentele afectate, deficitul neurologic prezente și caracterul acestora (remisiv/permanent).

Precizați data ultimului consult neurologic.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tumori intracraniene benigne

Vă rugăm să atașați interpretarea rezultatului CT/RMN care a dus la stabilirea diagnosticului cert.

Vă rugăm să precizați deficitul neurologic persistente după 3 luni de la data incidentului și caracterul acestora (remisiv/permanent).

Boala Alzheimer

Vă rugăm să atașați interpretarea rezultatului CT/RMN care a dus la stabilirea diagnosticului cert.

Vă rugăm să precizați în ce măsură este afectată capacitatea intelectuală a pacientului.

Vă rugăm precizați dacă pacientul necesită supraveghere permanentă.

Vă rugăm menționați câte din activitățile de mai jos poate executa pacientul:

- Spălatul – abilitatea de a se spăla – duș sau cadă – inclusiv capacitatea unei persoane de a intra singură sub duș sau în cadă.
- Îmbrăcatul – capacitatea unei persoane de a pune, a scoate, a încheia hainele și accesoriile, inclusiv eventualele proteze.
- Capacitatea unei persoane de a se muta din pat pe un scaun sau viceversa.
- Capacitatea unei persoane de a folosi toaleta (WC) astfel încât să mențină un nivel satisfăcător de igienă personală.
- Capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa.

Vă rugăm specificați dacă afecțiunea este cauzată de:

- consumul de droguri, alcool sau ca urmare a diagnosticării cu SIDA.

Boala Parkinson

Vă rugăm precizați cauza afecțiunii și dacă afecțiunea poate fi controlată prin medicație.

Vă rugăm să precizați deficiențele neurologice ale pacientului.

Vă rugăm menționați câte din activitățile de mai jos poate executa pacientul:

- Spălatul – abilitatea de a se spăla – duș sau cadă – inclusiv capacitatea unei persoane de a intra singură sub duș sau în cadă.
- Îmbrăcatul – capacitatea unei persoane de a pune, a scoate, a încheia hainele și accesoriile, inclusiv eventualele proteze.
- Capacitatea unei persoane de a se muta din pat pe un scaun sau viceversa.
- Capacitatea unei persoane de a folosi toaleta (WC) astfel încât să mențină un nivel satisfăcător de igienă personală.
- Capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa.

Intervenția chirurgicală pentru by-pass coronarian

Vă rugăm atașați rezultatul coronarografiei efectuate înaintea intervenției chirurgicale, pentru stabilirea diagnosticului cert.

Vă rugăm atașați documentul medical care conține recomandarea efectuării intervenției chirurgicale, semnat și parafat de medicul specialist.

Vă rugăm atașați biletul de externare aferent perioadei de spitalizare în care s-a efectuat intervenția chirurgicală și descrierea protocolului operator.

Intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace

Vă rugăm precizați data diagnosticării inițiale a defectului valvular.

Vă rugăm atașați rezultatul ecocardiografiei efectuate pentru stabilirea diagnosticului cert.

Vă rugăm atașați documentul medical care conține recomandarea efectuării intervenției chirurgicale, semnat și parafat de medicul specialist.

Vă rugăm atașați biletul de externare aferent perioadei de spitalizare în care s-a efectuat intervenția chirurgicală și descrierea protocolului operator.

Traumatism cranio-cerebral

Vă rugăm atașați rezultatul CT/RMN efectuat pentru stabilirea diagnosticului.

Vă rugăm specificați deficiturile neurologice prezente după cel puțin 6 săptămâni de la data accidentului și menționați caracterul acestora (permanent/remisiv).

Vă rugăm menționați câte din activitățile de mai jos poate executa pacientul:

- Spălatul – abilitatea de a se spăla – duș sau cadă – inclusiv capacitatea unei persoane de a intra singură sub duș sau în cadă.
- Îmbrăcatul – capacitatea unei persoane de a pune, a scoate, a încheia hainele și accesoriile, inclusiv eventualele proteze.
- Capacitatea unei persoane de a se muta din pat pe un scaun sau viceversa.
- Capacitatea unei persoane de a folosi toaleta (WC) astfel încât să mențină un nivel satisfăcător de igienă personală.
- Capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa.

Pierderea totală a vederii

Vă rugăm să precizați cauza și data apariției primelor simptome.

Vă rugăm să precizați acuitatea vizuală (fără corecție) pentru ambii ochi:

ochi drept _____

ochi stâng _____

Vă rugăm precizați dacă afecțiunea poate fi corectată printr-o anumită formă de tratament.

Pierderea unui membru

Vă rugăm precizați cauza și data pierderii membrului respectiv

Data completării

Semnătura și parafa
medicului care a completat
acest formular

Numele, adresa și ștampila clinicii unde acesta își desfășoară activitatea:

5 Prelucrarea datelor cu caracter personal

Prelucrare date personale în scop contractual

NN Asigurări de Viață S.A. prelucrează datele cu caracter personal declarate, în scopul desfășurării contractului de asigurare. Pentru a facilita desfășurarea activităților aflate în legătură cu contractul de asigurare, NN Asigurări de Viață S.A. poate transfera aceste date către partenerii sau împuterniciții săi.

În scop contractual, NN Asigurări de Viață poate transfera aceste date în Olanda în scopul prevenirii fraudelor, în Polonia ca urmare a transferului sistemului informatic de prelucrare și procesare a datelor referitoare la operațiunile de asigurări, în Germania/Irlanda/Polonia (produse individuale) și Olanda/Polonia (produse de grup) în scopul reasigurării, în Olanda/Irlanda în scop de analiză și raportare internă și în SUA în vederea transmiterii de chestionare care au drept scop îmbunătățirea serviciilor furnizate de NN.

Dacă nu sunteți de acord cu prelucrarea datelor conform celor indicate mai sus, vom fi în imposibilitatea de a vă oferi serviciile noastre.

Prelucrare date personale în scop de marketing direct

Prin exprimarea acordului de mai jos înseamnă că, în mod expres și neechivoc, ați agreat ca NN Asigurări de Viață S.A. și/sau partenerii săi să prelucreze în scop de marketing direct, inclusiv prin mijloace automate, datele dumneavoastră cu caracter personal: nume, prenume, data nașterii, adresa – localitate, județ/sector, stradă, număr, bloc, scara, apartament, adresă e-mail, telefon acasă, telefon serviciu, telefon mobil, date despre familie, date contractuale (precum frecvența plății).

Pentru îndeplinirea scopului de marketing direct, NN Asigurări de Viață (prin departamentele specializate) selectează și analizează una sau mai multe dintre datele cu caracter personal menționate anterior. În afara de acestea, mai pot fi utilizate: CNP, statut marital, ocupație, domeniul ocupației, contribuție la fondul de pensie și/sau venit, angajator, cu mențiunea că nu este utilizat concomitent întregul set de date.

Prelucrarea de către parteneri în scop de marketing direct: Una sau mai multe dintre datele menționate pot fi comunicate partenerilor NN. Transmiterea CNP-ului și utilizarea acestuia de către parteneri se efectuează în mod exclusiv pentru selecție, intersecție și analiză, nefiind asociat cu alte date de contact. Lista partenerilor NN Asigurări de Viață S.A. este publicată pe www.nn.ro.

În cazul în care intervin actualizări ale datelor transmise, consimțământul rămâne în vigoare până la notificarea NN Asigurări de Viață S.A. în sens contrar din partea dumneavoastră.

Cunosc drepturile acordate de Legea nr. 677/2001 și Legea nr. 506/2004, inclusiv dreptul de acces, de intervenție și de opoziție și faptul că pot să le exercit printr-o cerere scrisă, semnată și datată, transmisă la sediul societății.

Da, sunt de acord Nu, nu sunt de acord

Societatea NN Asigurări de Viață S.A. este înregistrată în registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal cu numărul 160.

6 Mențiuni

În cazul în care rubricile care trebuie completate sunt insuficiente ca spațiu, vă rugăm folosiți spațiul de mai jos sau adăugați o foaie tip A4 semnată pentru conformitate.

Pentru orice informații suplimentare despre anunțul și evaluarea evenimentelor asigurate, vă rugăm să ne contactați pe adresa de email evenimenteasigurate@nn.ro.