

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

### Secțiunea 1: Declarația Asiguratului

**Notă: Acest formular trebuie completat de asigurat și însoțit de Raportul Medical completat de medicul care cunoaște cele mai multe date despre afecțiunea dumneavoastră.**

#### 1 Date de identificare

Numele și prenumele  
Asiguratului

CNP

Adresa

Adresa de e-mail

Categoria ocupațională  A  B  C  D

Număr contract de grup

Nume Contractant

Tipul afecțiunii (vă rugăm bifați)

- |                                          |                                                   |                                                        |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cancer             | <input type="radio"/> Infarct miocardic acut      | <input type="radio"/> Accident Vascular Cerebral Major |
| <input type="radio"/> By-pass coronarian | <input type="radio"/> Insuficiență renală cronică | <input type="radio"/> Transplant de organe majore      |

#### 2 Diagnostic

1. Data apariției primelor acuze/simptome  
Vă rugăm descrieți.

2. Data primului consult medical sau a primei investigații medicale  
efectuate pentru afecțiunea respectivă

3. Instituția medicală unde a fost efectuat consultul, numele și specialitatea medicului care v-a consultat

4. Data diagnosticării inițiale de către medicul specialist  
pe baza investigațiilor efectuate

#### **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

5. Menționați investigațiile efectuate pentru diagnosticarea afecțiunii. Vă rugăm atașați rezultatele, inclusiv buletinele de interpretare.

---

---

6. Menționați numele medicului care a stabilit diagnosticul, instituția medicală unde acesta își desfășoară activitatea și datele de contact (de exemplu, numărul de telefon).

---

---

---

7. Vă rugăm atașați fotocopia Foii de Observație aferentă momentului stabilirii diagnosticului și fotocopia Fișei Medicale personale din evidența medicului de familie –fiecare pagină trebuie să fie numerotată, semnată și parafată în original pentru conformitate.

Documentele atașate de către dumneavoastră vor fi analizate în cadrul Departamentului Evenimente Asigurate al NN Asigurări de Viață. Aceste documente ne vor ajuta în evaluarea evenimentului asigurat, iar originalele vă vor fi returnate după finalizarea evaluării.

### 3 Detalii bancare

Pentru virarea eventualei indemnizații de asigurare, vă rugăm să completați detaliile bancare ale asiguratului, confirmate prin aplicarea semnăturii acesteia.

Titular cont

---

Cont IBAN

---

---

Banca

---

Sucursala/Filiala

---

Semnătura  
Titularului contului\*

---

Semnătura Asiguratului

---

\*În cazul plății în cont de terț vă rugăm atașați o copie CI a terței persoane și precizați motivul pentru care se dorește plata în cont de terț.

### 4 Prelucrarea datelor cu caracter personal

#### Prelucreare 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.

#### Prelucreare 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](http://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](mailto:evenimenteasigurate@nn.ro).**

Data completării	<input type="text"/>	Semnătura Asiguratului	<input type="text"/>
Persoana de contact	<input type="text"/>		
Număr telefon	<input type="text"/>		
Adresa	<input type="text"/>		
Adresa de e-mail	<input type="text"/>		
Relația cu asiguratul	<input type="text"/>		
Semnătura persoanei de contact	<input type="text"/>		