

Formular de anunț al evenimentului asigurat

Spitalizare/intervenție chirurgicală/convălescență/arsuri/fracturi/incapacitate temporară de muncă – Asigurare de grup cu acoperire standard

1 Date de identificare

Nume și prenume

Asigurat

(se va trece numele persoanei care a suferit evenimentul asigurat)

CNP Asigurat

Categoria ocupațională A B C D

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

Cont IBAN

Banca

Sucursala

*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.

Număr contract de grup

Nume Contractant

Componentă-tip de asigurare

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Spitalizare | <input type="radio"/> Intervenție chirurgicală | <input type="radio"/> Convalescență |
| <input type="radio"/> Incapacitate temporară de muncă | <input type="radio"/> Arsuri | <input type="radio"/> Fracturi |

Vă rugăm să completați secțiunea A și să atașați documentele menționate în secțiunea B.

2 Secțiunea A (se va completa numai în cazul unui eveniment asigurat cauzat de un accident)

Data producerii
accidentului

Tipul accidentului

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> accident rutier | <input type="radio"/> accident casnic | <input type="radio"/> agresiuni |
| <input type="radio"/> accident în timpul muncii | <input type="radio"/> sport-hobby | <input type="radio"/> alt accident |

Vă rugăm descrieți circumstanțele producerii accidentului (dacă spațiul de mai jos este insuficient, vă rugăm atașați o foaie A4).

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

3 Secțiunea B (se va completa indiferent de cauza evenimentului asigurat: accident sau îmbolnăvire)

Data apariției primelor acuze/simptome
Simptome apărute

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

Data diagnosticării inițiale
Menționați medicul care v-a diagnosticat prima dată (nume, specialitate, cabinet/spital)

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

Diagnostic

Data internării - externării

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

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

Data acordării și perioada
concediului medical

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

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

Data intervenției/
Intervențiilor chirurgicale

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

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

Tipul intervenției chirurgicale

4 Documente necesare

Vă rugăm atașați următoarele documente în vederea evaluării evenimentului asigurat:

1. Biletul de externare din spital – originalul
2. Copia actului de identitate semnată în original
3. Copia cărții de muncă sau a contractului individual de muncă cu viza Inspectoratului Teritorial de Muncă (numai pentru asigurările nenominale);
4. În cazul unui accident rutier, vă rugăm atașați și rezultatul final al Anchetei Poliției și valoarea alcoolemiei. Valoarea alcoolemiei este necesară doar în cazul în care ați fost șofer la momentul accidentului.
5. În cazul unei intervenții chirurgicale efectuate în ambulatoriu (fără internare) vă rugăm să atașați o adeverință emisă de medicul chirurg care să conțină:
 - diagnosticul exact,
 - protocolul operator,
 - planurile anatomice afectate (dacă a fost afectat mai mult decât țesutul cutanat/subcutanat),
 - data intervenției chirurgicale.
6. În cazul unui accident de muncă, vă rugăm atașați formularul de înregistrare a accidentului de muncă la Inspectoratul Teritorial de Muncă.
7. Pentru componenta de Fracturi - Radiografie cu interpretare și consult ortopedic.
8. Pentru componenta de Arsuri - Referat medical eliberat de către un medic în specialitatea chirurgie plastică / chirurgie generală în care să se precizeze profunzimea și suprafața arsurii.
9. Pentru componenta de incapacitate temporară de muncă - Copia certificatului de concediu medical.

În funcție de informațiile cuprinse în aceste documente este posibil să solicităm ulterior și alte documente necesare evaluării, în conformitate cu prevederile Condițiilor Contractuale: copia foii/foilor de observație/referat medical întocmit de către medicul curant/referat medical întocmit de către medicul de familie/alte documente emise de către autoritățile legale în funcție de natura evenimentului asigurat.

Documentele atașate de către dumneavoastră vor fi analizate în cadrul Departamentului Evenimente Asigurate al NN Asigurări de Viață S.A. Aceste documente ne vor ajuta să determinăm întinderea obligației de plată în funcție de Condițiile Contractuale ale contractului dumneavoastră. Documentele originale vă vor fi returnate după evaluarea evenimentului.

Pentru orice informații suplimentare despre anunț și evaluarea evenimentului asigurat puteți să ne contactați direct pe adresa de e-mail evenimenteiasurate@nn.ro.

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.

Data semnării formularului

Semnătura
Asiguratului

Persoana de contact

Număr telefon