

**HC01****Cerere de asigurare pentru modificări contractuale după emiterea poliței****Pentru Asigurarea de Sănătate NN**

Se va completa exclusiv pentru a însoți Formularul H01 – în cazul modificării produsului de bază sau a adăugării de persoane asigurate

**1 Contractantul asigurării**

Nume/Denumirea societății \_\_\_\_\_  
Prenume/Reprezentant legal \_\_\_\_\_  
CNP/CUI \_\_\_\_\_ Venit mediu lunar \_\_\_\_\_ lei

**2 Persoana asigurată**

**001** Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_ Data nașterii \_\_\_\_\_ Venit mediu lunar \_\_\_\_\_ lei  
Ocupația \_\_\_\_\_ Locul de muncă \_\_\_\_\_  
Relația cu Contractantul \_\_\_\_\_ Cetățenie \_\_\_\_\_

**Adresa pentru corespondență** (completați numai dacă diferă de adresa de domiciliu)

Strada \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc. \_\_\_\_\_ Ap. \_\_\_\_\_  
Localitate \_\_\_\_\_ Județ/Sector \_\_\_\_\_ Cod poștal \_\_\_\_\_  
Țară \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_  
Adresa de mail: \_\_\_\_\_

**002** Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_ Data nașterii \_\_\_\_\_ Venit mediu lunar \_\_\_\_\_ lei  
Ocupația \_\_\_\_\_ Locul de muncă \_\_\_\_\_  
Relația cu Contractantul \_\_\_\_\_ Cetățenie \_\_\_\_\_

**Adresa pentru corespondență** (completați numai dacă diferă de adresa de domiciliu)

Strada \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc. \_\_\_\_\_ Ap. \_\_\_\_\_  
Localitate \_\_\_\_\_ Județ/Sector \_\_\_\_\_ Cod poștal \_\_\_\_\_  
Țară \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_  
Adresa de mail: \_\_\_\_\_

**003** Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_ Data nașterii \_\_\_\_\_ Venit mediu lunar \_\_\_\_\_ lei  
Ocupația \_\_\_\_\_ Locul de muncă \_\_\_\_\_  
Relația cu Contractantul \_\_\_\_\_ Cetățenie \_\_\_\_\_

**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  
pensiapilonul3@nn.ro

**Adresa pentru corespondență** (completați numai dacă diferă de adresa de domiciliu)

Strada \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc. \_\_\_\_\_ Ap. \_\_\_\_\_  
 Localitate \_\_\_\_\_ Județ/Sector \_\_\_\_\_ Cod poștal \_\_\_\_\_  
 Țară \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_  
 Adresa de mail: \_\_\_\_\_

**3 Informații medicale despre Persoana Asigurată pentru care este solicitată modificarea contractuală**

**(!)** Supraviețuitorul de cancer are dreptul de a nu furniza informații și documente care vizează o afecțiune oncologică, dacă a trecut un termen de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic, respectiv un termen de 5 ani, dacă diagnosticul a fost pus înainte de vârsta de 18 ani.

	Nume și prenume medic de familie/Clinica la care sunteți arondat	Data luării în evidență	Telefon medic/Clinică
Persoana asigurată 001	_____	_____	_____
Persoana asigurată 002	_____	_____	_____
Persoana asigurată 003	_____	_____	_____
	Înălțime/Greutate	Fumați? Câte/zi?	Consumați alcool? Cât pe săptămână?
Persoana asigurată 001	_____ cm _____ kg	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU _____	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU _____
Persoana asigurată 002	_____ cm _____ kg	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU _____	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU _____
Persoana asigurată 003	_____ cm _____ kg	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU _____	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU _____

Informații medicale	Persoana asigurată 001	Persoana asigurată 002	Persoana asigurată 003
1. Vă rugăm să precizați dacă, în ultimii 5 ani ați fost spitalizat/ați suportat intervenții chirurgicale.	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
2. Folosiți sau ați folosit, în ultimii 2 ani, pentru o perioadă mai lungă de 10 zile consecutive, medicamente cu efecte analgezice, sedative, antidepressiv, tratamente naturiste, homeopate?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
3. Ați folosit vreodată substanțe (legale sau ilegale) cu efecte psihoactive, relaxante, euforice?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
4. Ați consultat vreun medic în ultimii 2 ani, vi s-a recomandat sau intenționați să faceți acest lucru în viitorul apropiat pentru orice afecțiune, semne sau simptome de boală?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
5. Ați prezentat în ultimii 5 ani:			
a. Durere (cefalee, cardiacă, toracică), palpitații, amețeală, greață, tuse persistentă, pierderi involuntare de urină, respirație dificilă, amorțeli, sângerări anormale, pierderea simțurilor și/sau furnicături ale membrelor sau feței, orice pierdere a forței musculare, tulburări de vedere/auz?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
b. Excrescențe, umflături, leziuni de piele sau alunițe care au sângerat, au devenit dureroase, și-au modificat culoarea sau dimensiunea?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
6. Ați fost consultat sau urmați tratament medical pentru vreo afecțiune din categoriile menționate în continuare:			
a. Cardio-vasculare (hipertensiune arterială*, infarct miocardic, cardiopatie ischemică*, varice, tromboembolism, malformații cardiace sau vasculare)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU

b. Tumori* (benigne sau maligne) (!), chisturi, adenopatii, lipoame	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
c. Neurologice și/sau psihice* (scleroză multiplă, epilepsie*, accident vascular cerebral, depresie, schizofrenie, anxietate*)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
d. Metabolice, endocrine sau autoimune (diabet*, valori crescute ale glicemiei, colesterolului, trigliceridelor, hipo- sau hipertiroidism, lupus eritematos, artrită reumatoidă)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
e. Boli toxice și infecțioase (HIV/SIDA, hepatită virală B sau C)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
f. Sânge și sistem hematopoetic (anemie, leucemie, boala Hodgkin, tulburări de coagulare, splenomegalie, talasemie, hemofilie)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
g. Respiratorii* (bronșită cronică, astm, tuberculoză)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
h. Digestive (ulcer, calculi biliari, ciroză, pancreatită, hernie abdominală, colită, hemoroizi, boala Crohn, polipoză intestinală)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
i. Ginecologice, urinare sau renale (noduli ai sânilor, chisturi ovariene, fibrom uterin, afecțiuni ale prostatei sau testiculare, infecții sau litiază renală, insuficiență renală)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
j. Aparat osteoarticular (spondiloză, hernie de disc, leziuni de menisc/ligamente, artroză, osteoporoză, fracturi)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
k. Oftalmologie și O.R.L. (glaucom, cataractă, surditate, deviație de sept, otită, sinuzită, amigdalită, polipi nazali)?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
l. Alte afecțiuni sau malformații care nu pot fi încadrate în lista de mai sus?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
7. Ați efectuat în ultimii 5 ani sau vi s-a recomandat să efectuați una sau mai multe investigații precum: ECG, EEG, RMN, CT, radiografie pulmonară, mamografie, bronhoscopie, investigații de laborator, endoscopie, biopsie?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU

Dacă ați răspuns cu „DA” la una întrebările de mai sus, vă rugăm precizați numele asiguratului, atașați documentele medicale (bilete de externare, rezultatul investigațiilor efectuate, buletine histopatologice etc.) și furnizați detalii (perioada spitalizării, data intervenției chirurgicale, afecțiunea / diagnosticul, simptomele sau semnele prezentate). Dacă spațiul este insuficient, vă rugăm atașați o foaie A4 cu aceste amănunte, semnată în original de persoana asigurată și contractant.

\*În cazul în care ați răspuns cu „DA” la întrebările marcate cu \* vă rugăm să atașați chestionarul medical completat de medicul specialist în evidența căruia figurați pentru afecțiunea respectivă.

Confirm că mi-au fost explicate și am acceptat Condițiile Contractului de Asigurare de Sănătate. Am luat cunoștință de întregul conținut al acestei cereri de asigurare și sunt de acord cu acesta. Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile la întrebările din cererea de asigurare, precum și răspunsurile pe care le voi furniza ulterior sunt adevărate și complete, cunoscând consecințele declarațiilor false. Sunt de acord că termenii acestui contract de asigurare sunt preliminari și ei pot fi modificați în cazul în care informațiile personale (medicale, ocupaționale etc.) vor determina acest lucru.

○ Prin bifarea căsuței declar că sunt de acord cu prelucrarea de către NN Asigurări de Viață a datelor cu caracter personal privind sănătatea (date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în cererea de asigurare, chestionarele medicale, formularele de anunț eveniment asigurat sau care rezultă din analizele medicale efectuate la încheierea contractului de asigurare, date medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale ori în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat), acestea constituind informații esențiale pentru evaluarea riscului asigurat și a desfășurării contractului.

Sunt de acord să îl mandatez pe Asigurător și/sau pe împuternicitul său MedNet Sucursala România să acționeze în numele meu pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente ce se impun a fi îndeplinite, respectiv procurate, astfel încât să se poată stabili circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Sunt de acord cu eliberarea de răspundere pentru păstrarea secretului profesional a medicilor care m-au investigat sau care mă vor investiga.

Înțeleg că toate datele, inclusiv datele cu caracter personal privind sănătatea, sunt prelucrate având un temei legal și contractual și că sunt necesare pentru evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, determinarea cuantumului despăgubirii, accesarea serviciilor medicale asigurate și plățile aferente acestora și că pot fi comunicate către operatori, terți sau împuterniciți, așa cum sunt menționați pe **www.nn.ro**, în secțiunea Prelucrarea datelor.

Cunosc dreptul de a-mi retrage consimțământul oricând, însă exercitarea acestui drept înseamnă că NN Asigurări de Viață nu va mai putea prelucra datele cu caracter personal privind sănătatea în scopurile menționate, ducând la neprocesarea modificării contractuale solicitate și/sau la rezilierea contractului de asigurare.

Pentru persoanele asigurate-minori până în 18 ani, cererea de asigurare și declarația de sănătate sunt asumate/semnate de către reprezentantul legal.

#### 4 Prelucrarea datelor cu caracter personal

##### **Prelucrare date personale în scop contractual, legal și în interes legitim**

NN Asigurări de Viață S.A. prelucrează datele cu caracter personal declarate, în scopul desfășurării contractului de asigurare, inclusiv pentru crearea de profiluri, precum și în scopul îndeplinirii unor obligații legale.

Temeiul prelucrării este constituit din contractul de asigurare, prevederile legale aplicabile și interesul legitim al NN Asigurări de Viață.

Astfel, pentru a facilita desfășurarea activităților aflate în legătură cu contractul de asigurare și în vederea îndeplinirii obligațiilor legale, NN Asigurări de Viață S.A. comunică aceste date către autorități publice, operatori, terți sau împuterniciții săi sau altor categorii de destinatari, așa cum sunt menționați pe **www.nn.ro**, în secțiunea Prelucrarea datelor.

În scop legal și contractual, NN Asigurări de Viață poate transfera aceste date în Uniunea Europeană pentru prevenirea fraudelor, ca urmare a transferului sistemului informatic de prelucrare și procesare a datelor referitoare la operațiunile de asigurări, reasigurare, analiză și raportare internă. Vă rugăm consultați secțiunea Prelucrarea datelor de pe **www.nn.ro** pentru detalii. În cazul în care apar modificări legate de transferul datelor, le regăsiți în secțiunea menționată anterior.

În baza interesului legitim, în cazul în care ați încheiat contracte/acte de aderare și cu altă entitate din Grupul NN, NN Asigurări de Viață va comunica modificarea datelor de identificare (nume și prenume, număr și serie CI, data eliberare și expirare CI, adresa legală) către respectiva entitate, în vederea actualizării și prelucrării în scop contractual a unor date exacte.

Prelucrarea datelor privind starea de sănătate: În scopul îndeplinirii obligațiilor rezultate din contractul de asigurare, datele privind starea de sănătate și datele personale declarate în prezentul formular, cât și cele furnizate ulterior sunt prelucrate de NN Asigurări de Viață S.A. și împuterniciții săi precum clinicile/spitalele din Rețeaua medicală NN, clinicile/spitalele publice și/sau private care nu se regăsesc în Rețeaua medicală NN și MedNet Sucursala România. Datele menționate în acest paragraf pot fi transferate în Grecia în scopul întocmirii dosarului de daună.

Pentru a determina perioada pentru care vor fi prelucrate datele, luăm în calcul durata contractuală până la expirarea obligațiilor contractuale și termenele de arhivare. 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 și pentru crearea de profiluri, 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. Pentru a determina perioada pentru care vor fi prelucrate datele în scop de marketing direct, luăm în calcul durata contractuală până la expirarea obligațiilor contractuale și termenele de arhivare. Consimțământul poate fi retras oricând, în mod gratuit, printr-o notificare adresată NN Asigurări de Viață S.A.

Da, sunt de acord                       Nu, nu sunt de acord

**(!)** Supraviețuitorul de cancer are dreptul de a nu furniza informații și documente care vizează o afecțiune oncologică, dacă a trecut un termen de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic, respectiv un termen de 5 ani, dacă diagnosticul a fost pus înainte de vârsta de 18 ani.

Pentru orice nemulțumire legată de prelucrarea datelor personale vă puteți adresa Responsabilului pentru protecția datelor la adresa **dpo@nn.ro** și/sau Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal. Cunoșc drepturile acordate de Regulamentul general privind protecția datelor 679/2016, inclusiv dreptul de acces, rectificare, ștergere sau portabilitate a datelor, restricționarea prelucrării și opoziție și faptul că pot să le exercit printr-o cerere scrisă, semnată și datată, transmisă la sediul societății la adresa specificată în prezentul document.

Sunt de acord în mod expres și neechivoc ca NN Asigurări de Viață S.A. să îmi trimită corespondența contractuală prin intermediul poștei electronice (email). În cazul în care nu sunteți de acord cu acest paragraf, vă rugăm bifați caseta NU.

Semnătura (și ștampila)  
Contractantului Asigurării

\_\_\_\_\_

Semnătura Persoanei  
asigurate 001

\_\_\_\_\_

Semnătura Persoanei  
asigurate 002

\_\_\_\_\_

Semnătura Persoanei  
asigurate 003

\_\_\_\_\_

Numele Agentului de  
Asigurare/Broker

\_\_\_\_\_

Data semnării  
formularului

\_\_\_\_\_

Agenția

\_\_\_\_\_