

**C01****Cerere de asigurare pentru modificări contractuale după emiterea poliței****Pentru asigurările de viață NN**

Se va completa exclusiv pentru a însoți Formularele: F07 – în cazul creșterii primei de asigurare, F10 – în cazul repunerii în vigoare al contractului, F11 – în cazul creșterii sumei asigurate sau atașării asigurărilor suplimentare

**1 Contractantul asigurării**

Nume/Denumirea societății \_\_\_\_\_  
Prenume/Reprezentant legal \_\_\_\_\_  
CNP/CUI \_\_\_\_\_ Venit mediu lunar \_\_\_\_\_ RON  
Domeniu de ocupație/activitate \_\_\_\_\_

**2 Persoana asigurată**

Nume și prenume persoana asigurată \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_ Cetățenie \_\_\_\_\_  
Adresa de email \_\_\_\_\_  
Adresa de domiciliu \_\_\_\_\_  
Venit mediu lunar \_\_\_\_\_ RON Locul de muncă \_\_\_\_\_

**3 Informații privind ocupația, sporturile practicate și hobbyurile Persoanei Asigurate**

Ocupația (de bază/suplimentară) și specialitatea \_\_\_\_\_  
În cazul în care sunteți pensionat medical sau ați avut/aveți orice fel de dizabilitate care vă împiedică să vă desfășurați activitățile zilnice, de orice natură, vă rugăm să precizați diagnosticul/ele și să atașați decizia de încadrare/pensionare.  
Detalii despre activitățile profesionale zilnice și domeniul de activitate \_\_\_\_\_  
Vă rugăm să specificați țara și orașul în care vă desfășurați activitatea, folosirea de utilaje, unelte de lucru etc. \_\_\_\_\_  
Ce sporturi practicați și ce hobbyuri aveți? \_\_\_\_\_  
De exemplu, parașutism, aviație, alpinism, automobilism etc.  
Dacă sunteți înscris într-un club sau asociație sportivă, precizați disciplina, clubul și frecvența participării la evenimente. \_\_\_\_\_

**4 Informații medicale privitoare la Persoana Asigurată**

Numele și numărul de telefon ale medicului de familie / instituției medicale în a \_\_\_\_\_ Data luării în evidență \_\_\_\_\_  
cărei evidență sunteți / medicului care deține cele mai multe date despre  
dumneavoastră \_\_\_\_\_  
Vă rugăm să precizați: Înălțimea \_\_\_\_\_ cm Greutate \_\_\_\_\_ kg

**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

Fumați?  DA  NU

Dacă da, precizați numărul de țigări și/sau produse care conțin nicotină fumate pe zi: \_\_\_\_\_

**Secțiunea I – va fi completată obligatoriu de Persoana Asigurată**

Pentru categoriile de afecțiuni marcate cu \*, în caz afirmativ, atașați chestionarele medicale specifice, completate de medicul curant.

1) Vă rugăm să precizați dacă, în ultimii cinci ani ați fost spitalizat / ați suportat intervenții chirurgicale?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
2) Folosiți sau ați folosit în ultimii 5 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
3) 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
4) Ați fost diagnosticat sau urmați tratament medical pentru vreo afecțiune din categoriile menționate mai jos:		
<b>a) Cardiovasculare</b> (hipertensiune arterială*, infarct miocardic, cardiopatie ischemică*, malformații cardiace sau vasculare etc)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>b) Tumori*</b> (benigne sau maligne) (!), chisturi, afecțiuni maligne ale sângelui sau ale ganglionilor limfatici, talasemie majoră, hemofilie etc?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>c) Neurologice și/sau psihice*</b> (scleroză multiplă, epilepsie*, accident vascular cerebral, paralizii, depresie*)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>d) Metabolice, endocrine sau autoimune</b> (diabet zaharat*, valori crescute ale glicemiei, colesterolului, trigliceridelor hipo- sau hipertiroidism, lupus eritematos, artrită reumatoidă, etc)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>e) Boli toxice și infecțioase</b> (HIV/SIDA, hepatită virală B sau C, hepatită etanolică, etc)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
5) Ați prezentat în ultimii 5 ani:		
a) orice fel de 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
b) orice fel de amorteală, pierderea simțurilor și/sau furnicături ale membrilor sau feței, orice pierdere a forței musculare, vedere dublă sau încețoșată care nu a putut fi corectată cu ajutorul ochelarilor sau a lentilelor de contact?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
6) Aveți sau ați avut părinți/frăți/surori/bunici care au prezentat înainte de 60 de ani următoarele afecțiuni: cancer (!), afecțiuni cardiovasculare, accident cerebral vascular, scleroză multiplă, boala Huntington, boală polichistică renală, polipoză colonică sau alte afecțiuni ereditare? Menționați afecțiunea și data diagnosticării.	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU

**Secțiunea II – pentru Persoane asigurate începând cu vârsta de 45 ani împliniți și/sau peste 126.000 lei total sumă asigurată**

7) Ați efectuat sau vi s-a recomandat să efectuați în ultimii 5 ani investigații speciale ca ECG, RMN, Tomografie computerizată cerebrală, endoscopie?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
8) Ați fost consultat sau ați urmat tratament în ultimii 5 ani pentru vreo afecțiune din categoriile menționate mai jos:		
<b>a) Respiratorii*</b> (bronșită cronică, astm, tuberculoză etc)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>b) Digestive</b> (ulcer, calculi biliari, ciroză, pancreatită, hernie abdominală, colită, hemoroizi, boala Crohn etc)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>c) Ginecologice, urinare sau renale</b> (noduli ai sânilor, chisturi ovariene, fibrom uterin, afecțiuni ale prostatei sau testiculare, infecții sau litiază renală etc)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>d) Aparat osteoarticular</b> (spondiloză, hernie de disc, leziuni de menisc/ligamente, artroză, osteoporoză, fracturi etc)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU
<b>e) Alte afecțiuni sau malformații</b> care nu pot fi încadrate în lista de mai sus?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NU

Dacă ați răspuns afirmativ la una din întrebările anterioare, vă rugăm să atașați documente medicale (bilete de externare, rezultatul investigațiilor efectuate, buletine histopatologice etc) și să furnizați detalii (perioada spitalizării/data intervenției chirurgicale, afecțiunea/diagnosticul, simptomele sau semnele prezentate, etc.):

(!) 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.

Cunosc faptul că evaluarea înseamnă 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. Datele sunt prelucrate având un temei legal și contractual și sunt necesare pentru evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, determinarea cuantumului despăgubirii, accesarea serviciilor medicale asigurate și plățile aferente acestora. Înțeleg că am 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 rezilierea contractului de asigurare.

6 Declarație privind FATCA și Politica privind Persoanele SUA	Contractant	Persoană asigurată
Sunteți cetățean american sau rezident SUA?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
Aveți vreo dată de contact SUA precum adresă de domiciliu, de corespondență sau fiscală SUA, număr de telefon SUA?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
Aționează vreun cetățean american sau rezident SUA ca reprezentantul, consilierul de investiții sau împuternicitul dumneavoastră?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
Sunteți persoană juridică înființată/înregistrată sau care este prezentă în SUA sau care are un acționar (persoana fizică sau juridică, care are la rândul său un acționar persoana fizică) care deține 25% sau mai mult din capitalul social sau din drepturile de vot ale unei astfel de persoane juridice și care este un cetățean american sau rezident SUA?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU

**Dacă răspunsul este DA la oricare din întrebările de mai sus, atunci vă rugăm să completați formularul W8 sau W9, după caz.**

Produsele oferite de NN Asigurări de Viață nu au fost înregistrate conform Legii din SUA privind titlurile de valoare și nu pot fi oferite spre vânzare sau vândute în Statele Unite sau către ori în contul oricărei persoane SUA.

Dacă sunteți cetățean american sau rezident SUA, NN Asigurări de Viață poate decide să nu accepte cererea dumneavoastră de asigurare. În cazul în care cererea de asigurare va fi acceptată, conform reglementărilor FATCA, vom raporta anual către autoritățile fiscale din România/SUA datele dumneavoastră personale și valoarea (actuală) de răscumpărare sau indemnizația de maturitate și alte venituri plătite către dumneavoastră sau beneficiarilor desemnați/moștenitorilor legali.

În cazul în care, la momentul semnării cererii de asigurare sau ulterior, pe parcursul desfășurării contractului de asigurare, veți refuza să furnizați informații, documente sau orice derogări aferente FATCA, NN Asigurări de Viață nu va accepta cererea dumneavoastră de asigurare, respectiv va înceta relația contractuală cu dumneavoastră și/sau va raporta autorităților fiscale din România/SUA refuzul de a furniza informații.

Dacă sunteți o instituție financiară străină non-participantă, NN Asigurări de Viață poate decide să nu accepte cererea dumneavoastră de asigurare. În cazul în care vom accepta cererea de asigurare, vom raporta către autoritățile fiscale din România/SUA orice plată făcută către dumneavoastră.

În cazul în care, pe parcursul desfășurării contractului de asigurare, intervine orice modificare în ceea ce privește calitatea de cetățean american sau rezident SUA, aveți obligația de a ne informa imediat, urmând ca NN Asigurări de Viață să decidă dacă trebuie făcute verificări suplimentare cu privire la datele dumneavoastră personale.

### 7 Declarație privind rezidența fiscală

	Contractant	Persoană asigurată
Aveți rezidența fiscală într-o altă țară în afara României?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
Dacă răspunsul este DA, menționați țara în care aveți rezidența fiscală și codul de rezidență fiscală deținut	_____	_____

## 8 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.

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, inclusiv a datelor cu caracter personal privind sănătatea 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

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.

Data semnării formularului \_\_\_\_\_

Semnătura (și ștampila) \_\_\_\_\_

Agenția \_\_\_\_\_

Contractantului Asigurării \_\_\_\_\_

Semnătura Persoanei Asigurate \_\_\_\_\_

Nume/Semnătura Agentului de Asigurare/Reprezentant Broker \_\_\_\_\_