

Formular anunț al evenimentului asigurat**Decesul asiguratului**

Formularul va fi completat de persoana care deține cele mai multe informații referitoare la Asigurat și evenimentul survenit în cazul acestuia

1 Date de identificare

Nume și prenume _____

Asigurat _____

Se va trece numele persoanei care a suferit evenimentul asigurat _____

Număr contract/
contracte _____**2 Secțiunea A**Data producerii
decesului _____Decesul a fost
determinat de _____☐ accident rutier☐ accident în timpul muncii☐ agresiune☐ boală☐ suicid☐ alt accidentData producerii
accidentului _____

În cazul decesului produs într-o unitate spitalicească, vă rugăm precizați numele și adresa unității sanitare, numele medicului care s-a ocupat de persoana asigurată (dacă spațiul de mai jos este insuficient, vă rugăm atașați o foaie A4):

În cazul în care decesul a fost cauzat de un accident vă rugăm descrieți circumstanțele producerii accidentului pe o foaie A4 atașată.

3 Secțiunea B

Vă rugăm atașați următoarele documente în vederea evaluării evenimentului asigurat:

1. Certificatul de deces - copie legalizată;
2. Certificatul medical constatator al decesului - copie legalizată;
3. Copia actului de identitate al fiecărui beneficiar semnat de către acesta și contrasemnată de către Directorul Agenției, pentru conformitate;
4. Dovada efectuării plății ultimei scadențe;
5. Polița de asigurare.

În cazul unui deces cauzat de boală, vă rugăm să atașați biletele de ieșire din spital aferente diagnosticării afecțiunilor, rezultatele investigațiilor efectuate, alte documente medicale deținute de persoana asigurată. În cazul unui accident rutier, vă rugăm atașați rezultatul final al Anchetei Poliției și valoarea alcoolemiei.

În cazul unui accident de muncă, vă rugăm atașați formularul de înregistrare a accidentului de muncă la Inspectoratul Teritorial de Muncă.

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/copia fișei personale de consultații de la medicul de familie/referat medical întocmit de către medicul de familie/alte documente emise de către autoritățile legale în funcție de natura evenimentului asigurat.

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

4 Pentru virarea eventualei indemnizații de asigurare precizați detaliile bancare personale ale fiecărui beneficiar desemnat

001	Nume beneficiar	
	Număr telefon	Adresa de e-mail
	Cont IBAN	
	Banca	
	Sucursala	
	Semnătura beneficiarului	
002	Nume beneficiar	
	Număr telefon	Adresa de e-mail
	Cont IBAN	
	Banca	
	Sucursala	
	Semnătura beneficiarului	
003	Nume beneficiar	
	Număr telefon	Adresa de e-mail
	Cont IBAN	
	Banca	
	Sucursala	
	Semnătura beneficiarului	

*În cazul în care sunt desemnați mai mult de doi beneficiari, rugăm atașați o foaie A4 care să conțină detaliile menționate mai sus și declarația privind FATCA și Politica privind Persoanele SUA.

**În cazul în care nu există beneficiari desemnați va fi solicitat Certificatul de moștenitor în copie legalizată, însoțit de copiile actelor de identitate ale persoanelor desemnate în certificat precum și detaliile bancare personale semnate de titulari, pentru fiecare dintre moștenitorii/beneficiarii desemnați.

5 Declarație Beneficiar privind FATCA și Politica privind Persoanele SUA

	Beneficiar 001	Beneficiar 002	Beneficiar 003
Sunteți cetățean american sau rezident SUA?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU
Aveți vreo dată de contact SUA precum adresă de domiciliu, de corespondență sau fiscală SUA, număr de telefon SUA?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU
Acționează vreun cetățean american sau rezident SUA ca reprezentantul, consilierul de investiții sau împuternicitul dumneavoastră?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ 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 persoană 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?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ 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.

6 Declarație Beneficiar privind rezidența fiscală

	Beneficiar 001	Beneficiar 002	Beneficiar 003
Aveți rezidența fiscală într-o altă țară în afara României?	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU	☐ DA ☐ NU
Dacă răspunsul este DA, menționați țara în care aveți rezidența fiscală și codul de rezidență fiscală deținut			

7 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 și în SUA în vederea transmiterii de chestionare care au drept scop îmbunătățirea serviciilor furnizate de NN (partenerul selectat în acest sens aderând la principiile Privacy Shields). 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. Societatea NN Asigurări de Viață S.A. este înregistrată în registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal cu numărul 160, toate datele de contact fiind specificate în prezentul document.

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

Data întocmirii formularului _____

Persoana de contact _____

Număr telefon _____