



Număr înregistrare (Sediul Central) _____

F11.1 Formular pentru atașarea asigurărilor suplimentare Pentru Asigurarea NN Silver Care

1 Date de identificare

Număr contract _____

Tip produs _____

Nume și prenume Persoană Asigurată _____

CNP Persoană Asigurată _____

Nume și prenume Contractant (în cazul persoanelor juridice) _____

CNP/CIF Contractant _____

Adresa de e-mail Contractant _____

Numar telefon Contractant _____

2 Modificări specifice contractelor de tip NN Silver Care

Consideri că este importantă asigurarea unei protecții financiare suplimentare pentru:

- | | | |
|---|----|----|
| • Spitalizare în caz de accident | Da | Nu |
| • Intervenție chirurgicală în caz de accident | Da | Nu |
| • Beneficiu de Prevenție | Da | Nu |

Dacă ai ales DA, ținând cont de nevoile identificate ca urmare a răspunsurilor de mai sus, te rugăm să selectezi opțiunile tale din variantele de Asigurări suplimentare prezentate mai jos.

Atașare Asigurări suplimentare de spitalizare și intervenție chirurgicală	Suma asigurată
Asigurarea suplimentară de Spitalizare în caz de Accident (HA02)	_____ lei
Asigurarea suplimentară de Intervenție Chirurgicală în caz de Accident (SRA2)	_____ Lei
Atașare Beneficiu optional Prevenție (PRV3)	

3. Informatii referitoare la starea de sănătate

În ultimii 7 ani, ați fost diagnosticat(ă) sau ați fost tratat pentru oricare dintre următoarele afecțiuni sau complicații ale acestora:

- | | | |
|--|----|----|
| 1) tumoră malignă (inclusiv orice tip de leucemie, policitemia vera, trombocitemie esențială, mielofibroza și alte afecțiuni maligne hematologice) | DA | NU |
| 2) boală cardiacă ischemică | DA | NU |

3) insuficiență cardiacă sau defect cardiac	DA	NU
4) accident vascular cerebral	DA	NU
5) diabet tratat cu insulină	DA	NU
6) ciroza hepatică	DA	NU

7) boală de rinichi în stadiu terminal sau necesitatea unei dialize

sau ai o trimitere valabilă pentru analize, aștepți analize, rezultate ale testelor sau consultații medicale, sau esti în curs de diagnosticare sau aștepți diagnostice în legătură cu bolile menționate mai sus, sau aștepți în calitate de beneficiar un transplant de inimă, plămâni, ficat, rinichi, pancreas sau măduvă osoasă?

DA NU

(!) 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.

4. Mențiuni importante

Contractului de Asigurare de viață NN Silver Care i se aplică prevederile legislației civile în vigoare, Condițiile Contractuale Generale ale Contractului de Asigurare de Viață, Condițiile contractuale Specifice fiecărui tip de Contract de Asigurare de bază și Condițiile contractuale specifice Asigurărilor și Opțiunilor Suplimentare atașate Contractului de Asigurare de bază. 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. Am luat în considerare că acest formular de asigurare va fi evaluat pe baza informațiilor pe care le voi furniza, urmând ca emiterea poliței de asigurare să fie făcută ca o confirmare a concluziilor apărute și modificărilor efectuate.

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. Prin semnarea prezentului formular îmi exprim acordul ca NN Asigurări de Viață să prelucreze datele mele privind starea de sănătate puse la dispoziție în ultimii 7 ani.

Sunt de acord cu eliberarea de răspundere pentru păstrarea secretului profesional a medicilor care m-au investigat sau care mă vor investiga la cererea NN Asigurări de Viață. Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile la întrebările din formularul de asigurare, precum și răspunsurile pe care le voi furniza ulterior sunt adevărate și complete. Am luat la cunoștință că răspunsurile neadevărate sau incomplete pot duce la ajustarea sau refuzul plății indemnizației de asigurare, conform prevederilor legislației române în vigoare. Am luat la cunoștință faptul că Asigurătorul consideră refuzul tratamentului medical recomandat, menit să-mi asigure/faciliteze restabilirea stării de sănătate, drept act de autovătămare/suicid. 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.

Nume Agent de asigurare/ _____
Reprezentant Broker

Cod intern _____

Cod CSA/ASF _____

Semnătura _____
Contractantului Asigurării

Semnătura _____
Persoanei asigurate

Semnătura Agentului de _____
Asigurare/Reprezentant
Broker

Data

Am înmănat clientului, în numele NN Asigurări de Viață, prezentul formular