

Cerere de asigurare

Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup

1 Date de identificare ale Contractantului Asigurării

Denumirea Societății		
Reprezentant legal		
Adresa sediului social		
CUI	_____	Domeniul de activitate (cod CAEN) _____
Telefon	_____	
Adresa de email		
Persoana de contact desemnată de reprezentantul legal, către care vor fi trimise documentele contractuale și cele de plată		
Adresa de email a persoanei de contact		

2 Detalii privind acoperirea (Componente de asigurare)

Numele componentei de asigurare	Suma asigurata/an contractual pentru fiecare plan de				
	Planul 1	Planul 2	Planul 3	Planul 4	Planul 5
Spitalizare din îmbolnăvire și accident					
Intervenții chirurgicale din îmbolnăvire și accident					
Afecțiuni grave					
Arsuri					
Cheltuieli medicale, atașată la:					
Spitalizare din îmbolnăvire și accident	<input type="checkbox"/>				
Intervenții chirurgicale din îmbolnăvire și accident	<input type="checkbox"/>				
Afecțiuni grave	<input type="checkbox"/>				
Convalescență din îmbolnăvire și accident					
Fracturi					
Naștere					
Prevenție și Consultații medicale					
Pachet Basic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pachet Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pachet Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Această cerere va fi însoțită în mod obligatoriu de un tabel nominal cu persoanele care alcătuiesc grupul și care sunt asigurate:

- datele de identificare ale membrilor (nume, prenume, CNP);
- planul de beneficii în care sunt incluși membrii asigurați;
- ocupația pentru fiecare membru în parte.

Sumele și primele agreeate în ofertă pot suferi modificări în funcție de schimbările survenite în cadrul grupului, între momentul primirii documentației complete și momentul emiterii contractului.

3 Frecvența de plată a primelor de asigurare

- Anuală Semestrială Trimestrială Lunară

4 Declarația Contractantului

Subsemnatul, în calitate de reprezentant legal al societății, declar pe proprie răspundere că:

a. Societatea pe care o reprezint are interes asigurabil*) asupra tuturor persoanelor asigurate incluse în programul de asigurare de grup.

**) Interesul asigurabil reprezintă motivația financiară existentă între Persoana Asigurată și Contractantul Asigurării, pe de o parte (sub aspectul interesului legitim de plată a primelor de asigurare) și Persoana Asigurată, pe de altă parte.*

b. Toți membrii Grupului Asigurabil îndeplinesc condițiile de eligibilitate, așa cum sunt descrise în Condițiile Contractuale Generale ale Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup.

c. Toți membrii Grupului Asigurabil au consimțit pentru includerea în asigurare, i-am informat cu privire la prelucrarea datelor de către Asigurator și și-au dat acordul de prelucrare a datelor cu caracter personal care au fost puse la dispoziția Asiguratorului în vederea încheierii și desfășurării contractului de asigurare.

d. Sunt de acord să primesc corespondență electronică prin intermediul adresei de e-mail declarată în prezenta cerere de asigurare, în vederea încheierii și derulării contractului de asigurare (inclusiv certificatele individuale de asigurare ale membrilor Grupului Asigurabil), această corespondență producând aceleași efecte ca și comunicarea pe hârtie. Orice modificare a adresei de e-mail va fi comunicată Asiguratorului, urmând ca aceasta să producă efecte față de Asigurator exclusiv de la momentul luării la cunoștință de către Asigurator a modificării.

e. În cazul desemnării unei persoane de contact, documentele contractuale (poliță, certificate individuale de asigurare, decont) vor fi transmise de Asigurator la adresa de email a respectivei persoane desemnate în acest sens. Orice modificare a adresei de e-mail a persoanei de contact, va fi comunicată Asiguratorului, urmând ca aceasta să producă efecte față de Asigurator exclusiv de la momentul luării la cunoștință de către Asigurator a modificării.

f. Subsemnatul, în calitate de reprezentant legal, confirm că mi-au fost explicate și am acceptat Condițiile Contractului de Asigurare (generale și specifice) și că mă oblig să aduc la cunoștința tuturor membrilor Grupului Asigurabil prevederile acestor Condiții atât anterior, cât și pe parcursul derulării Contractului de asigurare.

Am luat cunoștință de întregul conținut al acestei cereri de asigurare (paginile 1-3) și sunt de acord cu acestea. Declar pe proprie răspundere că toate informațiile din cererea de asigurare, precum și cele pe care le voi furniza ulterior sunt adevărate și complete. Sunt de acord să îl manditez pe Asigurator 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 obține informații privind circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Sunt de acord că termenii acestui contract de asigurare pot fi modificați în cazul în care anumite informații referitoare la membrii Grupului Asigurabil vor determina acest lucru.

5 Informare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

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 personale 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 S.A. 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 conform celor indicate mai sus, vom fi în imposibilitatea de a vă oferi serviciile noastre.

6 Acord de prelucrare a datelor in scop de marketing direct

Sunt de acord în mod expres și neechivoc ca NN Asigurări de Viață S.A. să prelucreze, inclusiv prin mijloace automate și pentru crearea de profiluri, în scopuri de marketing direct, adresa de email și datele cu caracter personal ale reprezentantului legal declarate și ca NN Asigurări de Viață S.A. să comunice către partenerii săi datele cu caracter personal din categoriile menționate anterior în scopuri de marketing direct. Lista partenerilor NN Asigurări de Viață S.A. este publicată pe site-ul companiei www.nn.ro. În cazul în care intervin actualizări ale datelor transmise, consimțământul rămâne în vigoare până la notificarea NN Asigurări de Viață în sens contrar din partea mea. 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



În cazul în care intervin modificări sau actualizări ale datelor cu caracter personal furnizate, vă rugăm să ne informați cât mai curând posibil.

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.

Cunosc 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.

Data semnării cererii

Data finalizării ofertei **)

****) Data finalizării ofertei reprezintă data începerii contractului dumneavoastră de asigurare în urma plății inițiale.*

Numele și prenumele
reprezentantului legal

Semnătura
reprezentantului legal

În calitate de intermediar în asigurări, implicat în procesul de vânzare asistată, certific respectarea cerințelor legale pentru prevenirea și combaterea spălării banilor, precum și pentru instituirea măsurilor de prevenire și combatere a finanțării actelor de terorism, inclusiv verificarea identității contractantului, prin aplicarea măsurilor standard de cunoaștere a clientelei.

Numele Intermediarului

Semnătura

Cod intern

Cod ASF