

## S1

### Formular de anunț al evenimentului asigurat

Spitalizare/intervenție chirurgicală/Recuperare medicala/Cheltuieli medicale/Invaliditate permanenta/Incapacitate temporara de munca/Fracturi/Deces din accident/Deces din orice cauza pentru Asigurarea Accident Care

#### 1 Date de identificare

Numele și prenumele

Asiguratului

(se va trece numele persoanei care a suferit evenimentul asigurat)

CNP Asigurat

Pentru virarea eventualei indemnizații de asigurare, vă rugăm să completați detaliile bancare ale Asiguratului, confirmate prin aplicarea semnăturii sale pe acest formular.

Cont IBAN

\*În cazul plății în cont de terț vă rugăm atașați o copie CI a terței persoane și precizați motivul pentru care se dorește plata în cont de terț

Numele Contractantului

Componenta de asigurare

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Intervenții chirurgicale din accident         | <input type="radio"/> Invaliditate permanentă din accident         |
| <input type="radio"/> Spitalizare din accident                      | <input type="radio"/> Incapacitate temporară de muncă din accident |
| <input type="radio"/> Recuperare medicală din accident              | <input type="radio"/> Deces din accident                           |
| <input type="radio"/> Cheltuieli medicale ca urmare a unui accident | <input type="radio"/> Deces din orice cauza                        |
| <input type="radio"/> Fracturi                                      |  |

Vă rugăm să completați secțiunea A și să atașați documentele menționate în secțiunea B.

#### 2 Secțiunea A (se va completa numai în cazul unui eveniment asigurat cauzat de un accident)

Data producerii

accidentului

Tipul accidentului

- |   |                                       |                                    |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> accident rutier           | <input type="radio"/> accident casnic | <input type="radio"/> agresiuni    |
| <input type="radio"/> accident în timpul muncii | <input type="radio"/> sport-hobby     | <input type="radio"/> alt accident |

Vă rugăm descrieți circumstanțele producerii accidentului (dacă spațiul de mai jos este insuficient, vă rugăm atașați o foaie A4).

### 3 Secțiunea B

Vă rugăm descrieți circumstanțele producerii accidentului (dacă spațiul de mai jos este insuficient, vă rugăm atașați o foaie A4).

Data diagnosticării inițiale

Menționați medicul care v-a diagnosticat prima dată (nume, specialitate, cabinet/spital)

Diagnostic

Data internării - externării

Data intervenției/  
Intervențiilor chirurgicale

Tipul intervenției chirurgicale

### 4 Documente necesare

Vă rugăm atașați următoarele documente în vederea evaluării evenimentului asigurat:

1. Biletul de externare din spital,
2. Copia actului de identitate - semnată de Asigurat,
3. Documente justificative de decontare emise de către Furnizorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului (facturi, chitanțe, bonuri etc),
4. În cazul unui accident rutier, vă rugăm atașați și rezultatul final al Anchetei Poliției și valoarea alcoolemiei. Valoarea alcoolemiei este necesară doar în cazul în care ați fost șofer la momentul accidentului,
5. Certificatul de deces - copie legalizată;
6. Certificatul medical constatator al decesului - copie legalizată;
7. Copia cărții de muncă sau a contractului individual de muncă cu viza Inspectoratului Teritorial de Muncă
8. Pentru componenta de Fracturi - interpretarea radiografiei și consult ortopedic,
9. Pentru componenta de Invaliditate - certificatul medical constatator al invalidității permanente eliberat de medicul specialist
10. Pentru componentele de Incapacitate temporară de muncă – certificatul de concediu medical eliberat de medicul specialist

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/referat medical întocmit de către medicul de familie/alte documente emise de către autoritățile legale în funcție de natura evenimentului asigurat.

Documentele atașate de către dumneavoastră vor fi analizate în cadrul Departamentului Evenimente Asigurate al NN Asigurări de Viață S.A. Aceste documente ne vor ajuta să determinăm valoarea indemnizației de asigurare, în funcție de Condițiile Contractuale ale contractului dumneavoastră.

**Pentru orice informații suplimentare despre anunț și evaluarea evenimentului asigurat puteți să ne contactați pe e-mail, la adresa [evenimenteasigurate@nn.ro](mailto:evenimenteasigurate@nn.ro).**

Formular anunț eveniment spitalizare, intervenții, deces, etc.- Asigurarea Accident Care | 29.06.2026 Pagina 2 din 4

## 5 Declarație

---

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.

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.

Da, sunt de acord  Nu, nu sunt de acord

## 6 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](http://www.nn.ro), în secțiunea Prelucrarea datelor.

În plus, 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](http://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) și a datelor de contact (număr de telefon, adresa de email) 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, număr telefon, date despre familie (precum numărul de copii sau statutul marital), 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.

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](http://www.nn.ro), secțiunea Prelucrare date.

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](mailto:dpo@nn.ro) și/sau Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.

Va sunt recunoscute 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 le puteți exercita printr-o cerere scrisă, semnată și datată, transmisă la sediul societății la adresa specificată în prezentul document.

Data semnării formularului

Semnătura Asiguratului

Persoana de contact  
(în situația în care Asiguratul se află în imposibilitatea de a transmite informațiile/documentele necesare).

Număr telefon

Adresa

Adresa de e-mail

Relația cu asiguratul

Semnătura persoanei de contact