

HC01**Cerere de asigurare pentru modificări contractuale după emiterea poliței****Pentru Asigurarea de Sănătate NN**

Se va completa exclusiv pentru a însoți Formularul H01 – în cazul modificării produsului de bază sau a adăugării de persoane asigurate

1. Contractantul asigurării

Nume/Denumirea societății _____

Prenume/Reprezentant legal _____

CNP/CUI _____ Venit mediu lunar _____ lei

2. Persoana asigurată**001** Nume _____ Prenume _____

CNP _____ Data nașterii ____/____/____ Venit mediu lunar _____ lei

Ocupația _____ Locul de muncă _____

Relația cu Contractantul _____ Cetățenie _____

Adresa pentru corespondență (completați numai dacă diferă de adresa de domiciliu)

Strada _____ Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Ap. _____

Localitate _____ Județ/Sector _____ Cod poștal _____

Țară _____ Telefon mobil _____

Adresa de mail: _____

002 Nume _____ Prenume _____

CNP _____ Data nașterii ____/____/____ Venit mediu lunar _____ lei

Ocupația _____ Locul de muncă _____

Relația cu Contractantul _____ Cetățenie _____

Adresa pentru corespondență (completați numai dacă diferă de adresa de domiciliu)

Strada _____ Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Ap. _____

Localitate _____ Județ/Sector _____ Cod poștal _____

Țară _____ Telefon mobil _____

Adresa de mail: _____

NN Asigurări de Viață S.A.Str. Costache Negri nr. 1-5
Sector 5, 050552 București, RomaniaT +40 21 9464
T +40 21 402 85 80
F +40 21 402 85 81www.nn.ro
asigurari@nn.ro
pensiapilonul3@nn.ro

003 Nume _____ Prenume _____
 CNP _____ Data nașterii _____ Venit mediu lunar _____ lei
 Ocupația _____ Locul de muncă _____
 Relația cu Contractantul _____ Cetățenie _____

Adresa pentru corespondență (completați numai dacă diferă de adresa de domiciliu)

Strada _____ Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Ap. _____
 Localitate _____ Județ/Sector _____ Cod poștal _____
 Țară _____ Telefon mobil _____
 Adresa de mail: _____

3. Informații medicale despre Persoana Asigurată pentru care este solicitată modificarea contractuală

Informații medicale	Persoana asigurată 001	Persoana asigurată 002	Persoana asigurată 003
1. Oricând în decursul ultimilor 7 ani, ați fost diagnosticat sau ați primit tratament medical de orice fel, pentru vreuna din următoarele afecțiuni*?			
a) Orice formă de cancer, boala Hodgkin, limfom, sarcom sau melanom;	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
b) Orice: leziune precanceroasă; tumoră borderline; displazie de grad înalt sau severă; mărirea prostatei, un marker tumoral crescut în sânge (PSA – antigen specific prostatic) mai mare sau egal cu 4,0 ng/mL; frotiu cervical anormal subformă de leziune intraepitelială de grad înalt în cel puțin un examen Babeș Papanicolau (CIN3 + sau mai mare); mamografie anormală (categoria BI-RADS 3 sau mai mare); hipertiroidism; prezența polipilor în colon, intestinul subțire și/sau stomac și orice aluniță sau pistrui care a sângerat, a devenit dureros, și-a schimbat culoarea sau a crescut în dimensiune de la care nu v-ați recuperat complet și/sau nu au fost scoase de sub urmărire;	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
c) Orice formă de cancer de sânge, cum ar fi limfomul, leucemia, mielomul sau sindromul mielodisplazic.	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
2. În vreun moment în ultimii 10 ani ați fost diagnosticat sau ați primit tratament de orice fel în legătură cu oricare dintre următoarele boli?			
a) Orice afecțiune a sângelui sau tulburare imunitară moștenită care necesită tratament pe o perioadă mai mare de o lună și care a necesitat un tratament regulat sau continuu, altul decât doar o dietă specială (altele decât cele menționate mai sus la punctul 1.c de exemplu anemie aplastică, siclemie, talasemie);	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
b) Orice tip de tumoare benignă, nodul, chist în sau în jurul creierului (în interiorul craniului);	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
c) Orice tip de afecțiune vasculară sau circulatorie, inclusiv accident vascular cerebral, atac ischemic tranzitoriu (AIT), hemoragie cerebrală (sângerare), hemoragie subarahnoidiană, stenoză carotidiană, vase de sânge anormale (malformație arteriovenoasă, anevrism, tromb sau embol) în sau în jurul creierului (în interiorul craniului);	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU

d) Orice formă de boală cardiacă (inclusiv atac de cord, angină, tulburări ale vaselor cardiace, tulburări ale valvelor cardiace, suflu cardiac sau febră reumatică, insuficiență cardiacă, mărire a inimii sau cardiomiopatie. (Dacă sunteți tratat doar pentru hipertensiune arterială și/sau colesterol ridicat, puteți răspunde NU);	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
e) Diabet. (Dacă sunteți tratată doar pentru diabet gestațional, puteți răspunde NU);	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
f) Insuficiență renală cronică, dializă, ciroză hepatică sau insuficiență hepatică cronică.	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
3. Vreunul dintre părinții dumneavoastră naturali, frați sau surori, au fost diagnosticați, înainte de împlinirea vârstei de 50 de ani, cu boli cardiovasculare (atac de cord, intervenție chirurgicală bypass sau accident vascular cerebral), boală polichistică de rinichi sau cancer de intestin, sân, colon, ovarian, prostată, melanom, pancreas sau rinichi?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
4. Suferiți în prezent sau ați suferit în ultimele 6 luni de oricare dintre simptomele menționate în continuare și/sau semne persistente sau recurente care nu au fost încă investigate: orice nodul/chist la sân sau la testicule, sângerare rectală, sânge în urină, tuse neobișnuită mai lungă de șase săptămâni, icter, pierdere inexplicabilă în greutate, dureri de cap cu o frecvență crescândă, tulburări de vedere (vedere încețoșată/dublă, pierdere inexplicabilă a vederii) inexplicabile, pierderea auzului, dificultăți de vorbire, slăbiciune a membrelor, convulsii sau leșin și valori anormale ale testului de sânge în raport cu hemoleucograma, creatinina, enzimele hepatice, nivelurile de calciu sau markerii tumorali?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
5. Sunteți în prezent în proces de programare sau aveți deja o programare la medic al cărei scop este de a discuta oricare dintre simptomele menționate la întrebarea 4 de mai sus; sau așteptați în prezent rezultatele oricăror investigații, proceduri sau analize pentru astfel de simptome sau constatări?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
6. Ați efectuat o programare pentru imagistică mamară prin rezonanță magnetică nucleară (RMN) în ultimele 12 luni?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU
7. Ați avut, vi s-a recomandat să aveți sau sunteți în prezent pe o listă de așteptare pentru un transplant de organe?	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> DA <input type="radio"/> 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.

Confirm că mi-au fost explicate și am acceptat Condițiile Contractului de Asigurare Premium Care Abroad.

Am luat la cunoștință de întregul conținut al acestei cereri de asigurare și sunt de acord cu acesta.

Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile la întrebările din cererea de asigurare, precum și răspunsurile pe care le voi furniza ulterior sunt adevărate și complete, cunoscând consecințele declarațiilor false.

În vederea evaluării evenimentului asigurat și administrării dosarului de daună aferent acestui eveniment, îi autorizez pe angajații și/sau reprezentanții societății mele de asigurări (direct, sau prin împuternicit Further Underwriting International S.L.U. și INTERMEDICAS WORLDWIDE S.R.L. să acceseze întregul dosar medical, inclusiv istoricul examinărilor mele, fișa mea medicală și orice alte date privind istoricul meu medical.

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 de eveniment asigurat, date medicale colectate de la împuterniciții NN, furnizorii de servicii medicale ori în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat), acestea constituind informații esențiale pentru desfășurarea contractului.

Înțeleg că toate datele, inclusiv datele cu caracter personal privind sănătatea, sunt prelucrate având un temei legal și contractual, respectiv consimțământul meu, și că sunt necesare pentru determinarea cuantumului despăgubirii, accesarea serviciilor medicale asigurate și plățile aferente acestora și că pot fi comunicate către operatorii implicați în executarea contractului de asigurare, terți sau împuterniciți, așa cum sunt menționați pe www.nn.ro, în secțiunea Prelucrarea datelor. Cunosc 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 vederea executării contractului de asigurare, ducând la încetarea contractului de asigurare.

Cunosc 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 neprocesarea modificării contractuale solicitate și/sau la rezilierea contractului de asigurare.

Pentru persoanele asigurate-minori până în 18 ani, cererea de asigurare și declarația de sănătate sunt asumate/semnate de către reprezentantul legal.

4. 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.

Vă rugăm consultați secțiunea Prelucrarea datelor disponibilă pe site-ul 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 (nume, prenume, număr de telefon, adresa de email și/sau adresa de corespondență) către respectiva entitate, în vederea actualizării și prelucrării în scop contractual a unor date exacte.

Prelucrarea datelor privind starea de sănătate:

În scopul îndeplinirii obligațiilor rezultate din contractul de asigurare, datele privind starea de sănătate și datele personale declarate în prezentul formular, cât și cele furnizate ulterior sunt prelucrate de NN Asigurări de Viață S.A. și împuterniciții săi. Datele menționate în acest paragraf pot fi transferate în Uniunea Europeană în scopul întocmirii dosarului de daună. Pentru a determina perioada pentru care vor fi prelucrate datele, luăm în calcul durata contractuală până la expirarea obligațiilor contractuale, precum 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.

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 de 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.

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, verificare și analiză, nefiind asociat cu alte date de contact.

Lista partenerilor NN Asigurări de Viață S.A. este publicată pe 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** 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.

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.

Semnătura (și ștampila)
Contractantului
Asigurării

Semnătura
Persoanei
asigurate 001

Semnătura
Persoanei
asigurate 002

Semnătura
Persoanei
asigurate 003

Numele Agentului de
Asigurare/Broker

Data semnării
formularului

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Agenția
