

Machtigingsformulier 2 - medische informatie

Wie vult dit formulier in?

De verzekerde die arbeidsongeschikt is, vult dit formulier in. De verzekerde vult het formulier alleen in als hij/zij ook een of meer arbeidsongeschiktheidsverzekeringen heeft bij Nationale-Nederlanden.

Waarvoor geeft u toestemming met dit formulier?

U geeft met dit formulier toestemming voor het uitwisselen van uw medische gegevens tussen Nationale-Nederlanden Levensverzekering Maatschappij N.V. en Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V. Juridisch gezien zijn dit twee aparte verzekeraars. Daarom hebben we een machtiging van u nodig voor het uitwisselen van uw medische gegevens.

Wat doen we met uw medische gegevens?

De medisch adviseurs van Nationale-Nederlanden gebruiken deze gegevens alleen om uw arbeidsongeschiktheid te beoordelen. En behandelen uw gegevens vertrouwelijk.

In wet- en regelgeving staat wat we wel en niet mogen doen met medische gegevens. Deze wetten en regels zijn uitgewerkt in de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' en in het Protocol Verzekeringskeuringen. Deze documenten kunt u opvragen bij het Verbond van Verzekeraars via www.verzekeraars.nl of 070 333 87 77.

Hoe vult u het formulier in?

U kunt het formulier printen en daarna invullen en ondertekenen. U kunt het formulier ook digitaal invullen. Heeft u het formulier digitaal ingevuld? Print het formulier dan en onderteken het bij onderdeel 4.

Waar stuurt u het formulier naartoe?

U kunt het machtigingsformulier sturen via www.nn.nl/uwbericht. Of opsturen naar:
Nationale-Nederlanden
Postbus 93604
2509 AV Den Haag

Heeft u vragen?

Heeft u nog vragen over het invullen van dit formulier? Bel dan met onze [klantenservice](#) levensverzekeringen.

Hierbij machtig ik, _____, de medisch adviseurs van Nationale-Nederlanden Levensverzekering Maatschappij N.V. en Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V. om mijn medische gegevens met elkaar uit te wisselen.

1. Gegevens levensverzekering

Polisnummer (s) _____

2. Gegevens arbeidsongeschiktheidsverzekering

Polisnummer (s) _____

3. Gegevens arbeidsongeschikte verzekerde

Aanhef De heer Mevrouw

Voornamen _____

Achternaam _____

Geboortenaam (bijv. meisjesnaam) _____

Geboortedatum _____ (DDMMJJJJ)

Straat en huisnummer _____ huisnr. _____

Postcode en plaats _____

4. Ondertekening arbeidsongeschikte verzekerde

Plaats	Datum	Handtekening
_____	_____	_____

Hoe gaan we om met uw privacy?

In ons privacy statement leest u hoe we omgaan met uw persoonsgegevens. Op welke manier we uw privacy beschermen en welke rechten u heeft. We adviseren u om dit privacy statement te lezen. In ieder geval op het moment dat u uw persoonsgegevens aan ons geeft. Het privacy statement staat op www.nn.nl/privacy.