

Machtigingsformulier 1 – medische informatie

Wie vult dit formulier in?

De verzekerde die arbeidsongeschikt is, vult dit formulier in als hij/zij onder behandeling is bij een arts of specialist.

Waarvoor geeft u toestemming met dit formulier?

U geeft met dit formulier toestemming voor het uitwisselen van uw medische gegevens tussen de arts of specialist en de medisch adviseur van Nationale-Nederlanden.

Wat doen we met uw medische gegevens?

De medisch adviseur van Nationale-Nederlanden gebruikt deze gegevens alleen om uw arbeidsongeschiktheid te beoordelen. En behandelt 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 5.

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, _____, onderstaande arts(en) of specialist(en) om mijn medische gegevens uit te wisselen met de medisch adviseur van Nationale-Nederlanden Levensverzekering Maatschappij N.V. Het gaat om informatie over het begin, de ernst, de behandeling en het verloop van mijn arbeidsongeschiktheid.

1. Gegevens verzekering

Polisnummer(s) _____

2. Gegevens arbeidsongeschikte verzekerde

Aanhef De heer Mevrouw

Voornamen _____

Achternaam _____

Geboortenaam (Bijv. meisjesnaam) _____

Geboortedatum _____ (DDMMJJJJ)

Straat en huisnummer _____ huisnr. _____

Postcode en plaats _____

3. Gegevens arts of specialist 1

Naam en voorletter(s) arts/specialist _____

Straat en huisnummer _____ huisnr. _____

Postcode en plaats _____

Telefoonnummer _____

Waarvoor behandelt deze arts/specialist u?
Het gaat hier alleen om informatie over de behandeling van uw arbeidsongeschiktheid.

Maand en jaar van de behandeling _____ (MMJJJJ)

4. Gegevens arts of specialist 2

Naam en voorletter(s) arts/specialist _____

Straat en huisnummer _____ huisnr. _____

Postcode en plaats _____

Telefoonnummer _____

Waarvoor behandelt deze arts/specialist u?
Het gaat hier alleen om informatie over de behandeling van uw arbeidsongeschiktheid.

Maand en jaar van de behandeling _____ (MMJJJJ)

5. 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.