

Machtigingsformulier 3 – 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 verzekerde is van een of meer verzekeringen bij een andere verzekeraar.
- én als de verzekeringnemer(s) een premievrijstelling of uitkering bij arbeidsongeschiktheid uit deze verzekering(en) krijgt.

Waarvoor geeft u toestemming met dit formulier?

U geeft met dit formulier toestemming voor het uitwisselen van uw medische gegevens tussen de medisch adviseur van Nationale-Nederlanden en die van andere verzekeraars.

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 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 adviseur(s) van onderstaande verzekeraars, om de volgende gegevens uit te wisselen met de medisch adviseur van Nationale-Nederlanden. Het gaat om informatie over het begin, de ernst, de behandeling en het verloop van mijn arbeidsongeschiktheid.

1. Gegevens verzekering Nationale-Nederlanden

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 verzekeraar(s)

Vul hier de verzekeraar(s) in waarvan de verzekeringnemer een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, omdat u de verzekerde bent. Of de verzekeraar(s) waar de verzekeringnemer een premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid heeft, omdat u de verzekerde bent.

3a. Gegevens verzekeraar

Naam verzekeraar _____

Polisnummer verzekering _____

Postadres _____ huisnr. _____

Postcode en plaats _____

Contactpersoon _____

Telefoonnummer contactpersoon _____

Uw klacht of aandoening
Het gaat hier alleen om informatie over de behandeling van uw arbeidsongeschiktheid.

Ingangsdatum arbeidsongeschiktheid _____ (DDMMJJJJ)

3b. Gegevens verzekeraar

Naam verzekeraar _____

Polisnummer verzekering _____

Postadres _____ huisnr. _____

Postcode en plaats _____

Contactpersoon _____

Telefoonnummer contactpersoon _____

Uw klacht of aandoening
Het gaat hier alleen om informatie over de behandeling van uw arbeidsongeschiktheid.

Ingangsdatum arbeidsongeschiktheid _____ (DDMMJJJJ)

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.