

## Machtigingsformulier 3 - medische informatie

De verzekerde die arbeidsongeschikt is, vult dit formulier in. De verzekerde vult het formulier alleen in als hij of zij:

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

### Waarvoor geef je toestemming met dit formulier?

De verzekerde geeft toestemming voor het uitwisselen van uw medische informatie op te vragen. Dat doen we bij de verzekeraars waar je verzekeringen lopen die hierboven staan.

### Wat doen we met de medische gegevens?

Onze medisch adviseur gebruikt de gegevens alleen om uw arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Onze medisch adviseur behandelt de gegevens vertrouwelijk.

In wet- en regelgeving staat wat we wel en niet mogen doen met medische gegevens. Deze wetten en regels staan in de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen'. En de regels staan ook in het Protocol Verzekeringskeuringen. Wil je weten wat de wetten en regels zijn? Vraag deze documenten dan op bij het Verbond van Verzekeraars via [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl) of 070 333 87 77.

### Hoe vult de verzekerde het formulier in?

De verzekerde vult het formulier digitaal in. Daarna kun je het formulier printen en ondertekenen. Stuur het formulier daarna via [nn.nl/jebericht](mailto:nn.nl/jebericht) naar ons op. Je mag het formulier ook via de post sturen:

Nationale-Nederlanden  
Postbus 93604  
2509 AV Den Haag

### Meer weten?

Heb je nog vragen over het formulier? Bel dan met onze klantenservice. Het telefoonnummer is 088 663 00 00.

Hierbij machtig ik, \_\_\_\_\_,

de medisch adviseur(s) van onderstaande verzekeraars. Zij mogen gegevens uitwisselen 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  Meneer  Mevrouw

Voornamen \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_

Geboortenaam (bijvoorbeeld meisjesnaam) \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ (DDMMJJJJ)

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_ Huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

## 3. Gegevens verzekeraar(s)

Vul hier de verzekeraar(s) in waarvan de verzekeringnemer een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt. Deze uitkering krijgt hij omdat je de verzekerde bent. Of de verzekeraar(s) waar de verzekeringnemer een premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid heeft.

### 3a. Gegevens verzekeraar

Naam verzekeraar \_\_\_\_\_

Polisnummer verzekering \_\_\_\_\_

Postadres \_\_\_\_\_ Huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

Telefoonnummer contactpersoon \_\_\_\_\_

Klacht of aandoening \_\_\_\_\_

Het gaat hier alleen om informatie over de behandeling van je arbeidsongeschiktheid.

Ingangsdatum arbeidsongeschiktheid \_\_\_\_\_ (DDMMJJJJ)

### 3b. Gegevens verzekeraar

Naam verzekeraar \_\_\_\_\_

Polisnummer verzekering \_\_\_\_\_

Postadres \_\_\_\_\_ Huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

Telefoonnummer contactpersoon \_\_\_\_\_

Klacht of aandoening \_\_\_\_\_

Het gaat hier alleen om informatie over de behandeling van je arbeidsongeschiktheid.

Ingangsdatum arbeidsongeschiktheid \_\_\_\_\_ (DDMMJJJJ)

#### 4. Ondertekening arbeidsongeschikte verzekerde

Plaats

Datum (DDMMJJJJ)

Handtekening

##### Hoe gaan we om met uw privacy?

In ons privacy statement staat hoe we omgaan met persoonsgegevens. Op welke manier we je privacy beschermen en welke rechten je hebt. We adviseren je om dit privacy statement te lezen. In ieder geval op het moment dat je persoonsgegevens aan ons geeft. Het privacy statement staat op [www.nn.nl/privacy](http://www.nn.nl/privacy).