



### 3 Legislação de proteção de dados e liberação dos registros médicos *(esta seção deve ser assinada e datada pelo paciente)*

Nestas declarações, as informações referem-se aos dados e informações pessoais enviados, seja nos Formulários de Solicitação, Pedido de Reembolso, Autorização para Tratamento, documentos e informações de apoio que podemos recolher em relação aos produtos ou serviços que fornecemos. A Allianz Worldwide Care, parte do grupo Allianz, será a controladora de dados a respeito dessas informações.

**Utilizações:** Informações pessoais podem ser utilizadas com a finalidade de administrar o seguro (ex. para a subscrição, processo de reembolso e prevenção a fraudes). Observe que poderemos utilizar serviços de terceiros para processar dados em nosso nome. Estes serviços, que podem ser realizados fora do Espaço Econômico Europeu (EEE), estarão sujeitos a restrições contratuais relacionadas à confidencialidade e segurança, de acordo com as obrigações impostas pela legislação de proteção de dados.

**Dados sensíveis:** Precisamos coletar dados sensíveis em relação a você (como dados médicos) para avaliar os termos do seguro que emitimos e/ou para administrar os pedidos de reembolso.

**Divulgação de informação:** Podemos compartilhar as suas informações com nossos agentes, membros do grupo Allianz, outras seguradoras e seus agentes, provedores de serviço médico, qualquer intermediário que esteja atuando em seu nome ou com órgãos reguladores (os quais sejamos membros ou regulados por eles). Em certas circunstâncias, poderemos utilizar os serviços de um investigador particular para investigar um pedido de reembolso que você tenha nos enviado.

**Retenção:** Estamos obrigados a reter seus dados pelo período de seis anos da data de encerramento da cobertura. Não reteremos seus dados por tempo maior que o necessário e apenas os armazenaremos para o propósito que foram obtidos.

**Representação e consentimento:** Ao assinar este formulário você confirma que tem a autoridade de atuar em nome de seus dependentes em relação a todas as informações pessoais fornecidas, e que consente que a seguradora processe, divulgue, utilize e conserve as informações sobre você e sobre seus dependentes.

**Acesso:** Você tem o direito de solicitar e receber uma cópia de seus dados pessoais em nossa posse. Se desejar exercer este direito, você deve escrever para Data Protection Officer, no endereço que aparece no final deste formulário ou por e-mail para: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

**Gravação das chamadas telefônicas:** As ligações para a Central de Atendimento serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade.

Certifico, pelo que é de meu conhecimento, que este Formulário de Pedido de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas. Eu entendo que caso este pedido de reembolsos seja fraudulento, em parte ou por inteiro, o contrato poderá ser cancelado a partir da data de descoberta de tais eventos fraudulentos e poderei responder a um processo judicial.

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter sobre o sigilo ou confidencialidade médica em relação às informações médicas a meu respeito e autorizo meus médicos, profissionais da saúde e qualquer estabelecimento médico competente a fornecer informação sobre minha saúde, se solicitado pela Allianz Worldwide Care, seus profissionais da área da saúde, seus representantes ou profissionais agindo como terceiros em casos de disputas, sujeito a restrições legais aplicáveis.

**Em caso de tratamento de um menor de idade, esta seção deverá ser assinada por um dos pais ou pelo guardião legal.**

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_

Data (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_

#### Importante – verifique se:

- Todas as faturas, prescrições e recibos originais foram anexados.
- O Formulário de Pedido de Reembolso foi totalmente preenchido (incluindo o número de referência da Garantia de Pagamento, se disponível).
- A declaração foi assinada e datada.
- O diagnóstico foi confirmado e está indicado neste formulário ou nas faturas.

Envie este Formulário de Pedido de Reembolso para Provedores Médicos completamente preenchido com as faturas originais (não aceitamos cópias) para o seguinte endereço:

**Claims Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.**

*Observe que é necessário manter cópias de todos os documentos que nos forem enviados, já que não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.*

Para obter mais informações, entre em contato com a nossa Central de Atendimento: +353 1 645 4040 ou envie um e-mail para: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse: [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)