

## Einwilligungserklärung

Ihre Privatsphäre und die Ihrer Angehörigen ist uns wichtig. Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) benötigen wir Ihre Einwilligung zur Erfassung und Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und sonstigen Daten. **Wenn Sie den unten aufgeführten Verarbeitungsweisen Ihrer persönlichen Daten nicht zustimmen, können wir Ihre Daten nicht verarbeiten, Ihnen keinen bargeldlosen Zugang zu Behandlungen gewähren und von Ihnen eingesendete Erstattungsanträge nicht bearbeiten.** Wenn Sie zustimmen, werden Ihre Daten zu folgenden genannten Zwecken verarbeitet.

Die untenstehende Tabelle muss von Versicherten im Rahmen dieser Versicherung ausgefüllt werden, die noch keine Einwilligung erteilt haben. Die Einwilligungserklärung ist für die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrags gültig, sofern sie nicht geändert oder widerrufen wird.

*Für Versicherte unter 18 Jahren muss diese Einwilligungserklärung von einem Elternteil oder einer erziehungsberechtigten Person ausgefüllt werden.*

Ich stimme Folgendem zu:

1. **Einwilligung für die Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten:** Der Krankenversicherer darf meine Gesundheitsdaten zur Verwaltung meiner Versicherung erfassen, speichern und verwenden, z. B. zur Erstellung eines Angebots für Versicherungsschutz, für die Prüfung der zu versichernden Risiken oder die Bearbeitung von Erstattungsanträgen. Der Versicherer darf meine Gesundheitsdaten in Übereinstimmung mit dem für meine Versicherung mit dem Versicherer geltenden Sozialgesetzbuch oder anderen geltenden Gesetzen zur Aufbewahrung von Daten speichern.
2. **Einwilligung, dass meine Daten von Drittparteien eingeholt werden dürfen.** Der Versicherer kann meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten von Ärzten, Pflege- und Krankenhauspersonal, sonstigen medizinischen Einrichtungen, Pflegeheimen, Fonds der gesetzlichen Krankenkasse, meinem Tarifsponsor, Fachverbänden und öffentlichen Behörden einholen, um den Versicherungsschutz zu gewährleisten, sowie die zu versichernden Risiken zu prüfen und Leistungsanträge zu bearbeiten. Ich entbinde alle Personen in diesen Einrichtungen sowie den Versicherer von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den genannten Zwecken geteilt und verwendet werden müssen.
3. **Teilen meiner Daten außerhalb des Versicherers.** Der Krankenversicherer darf meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten mit den unten aufgelisteten Einrichtungen teilen, um meine Daten im gleichen Umfang und zu den gleichen Zwecken wie der Versicherer zu verwenden. Mir ist bewusst, dass der Krankenversicherer vertragliche Vereinbarungen mit diesen Einrichtungen getroffen hat, um meine Daten zu schützen. Ich entbinde alle Personen in diesen Einrichtungen und den Versicherer von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den unten genannten Zwecken geteilt und verwendet werden müssen:
  - Unabhängige medizinische Fachkräfte, sofern es notwendig ist, Versicherungsrisiken und entsprechende Leistungen zu prüfen, die an mich oder an Drittparteien, die Behandlungen vornehmen oder Dienstleistungen anbieten, im Rahmen meines Versicherungsvertrags gezahlt werden.

Versicherungsnummer:

- Dienstleister von Unternehmen außerhalb der Allianz Gruppe, die Dienstleistungen im Namen des Versicherers erbringen. Dazu gehören beispielsweise Risikoprüfungen und die Bearbeitung von Erstattungsanträgen, bei denen meine Gesundheitsdaten und andere notwendige Daten erfasst und verwendet werden, sodass der Versicherer meine Versicherung verwalten und Zahlungen für Erstattungsanträge leisten kann.
- Mitversicherer zur Aufteilung des Versicherungsrisikos mit anderen Unternehmen, an die der Versicherer den Versicherungsvertrag ausstellt sowie zur gemeinsamen Bearbeitung von Erstattungsanträgen.
- Andere Krankenversicherer/Rückversicherer, die gleichzeitig das gleiche Versicherungsrisiko abdecken – mehrere Versicherungsoptionen –, um die Zahlung von Entschädigungen an mich aufzuteilen, oder die im Hinblick auf Betrug oder Finanzdelikten zusammenarbeiten.

Falls ich meine oben genannten Präferenzen oder meine Einwilligung zu diesen Punkten widerrufen möchte, kann ich den Versicherer darüber per E-Mail an [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com) informieren.

Name in Blockschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum (TT/MM/JJ): \_\_\_\_\_

Name in Blockschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum (TT/MM/JJ): \_\_\_\_\_

Name in Blockschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum (TT/MM/JJ): \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die Einwilligungserklärung per E-Mail an [group.admin@allianzworldwidecare.com](mailto:group.admin@allianzworldwidecare.com) oder auf dem Postweg an Client Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Park, Nangor Road, Dublin 12, Irland zurück.

Versicherungsnummer: