

Formulario de consentimiento

Nos importa su privacidad y la de su familia. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), necesitamos su consentimiento para obtener y tramitar su información clínica y otros datos. **Si no proporciona su consentimiento explícito para la tramitación de su información personal como se describe a continuación, no podremos tramitar sus datos, facilitarle acceso a la atención médica con pago directo ni tramitar ningún reembolso.** Si acepta, su información se tramitará para los siguientes fines y actividades.

La siguiente tabla necesita cumplimentarse solamente por los afiliados de esta póliza que no hayan dado su consentimiento anteriormente. Su consentimiento tendrá validez durante toda la duración de su póliza salvo cuando decidan cambiarlo o revocarlo en cualquier momento.

Para los afiliados menores de 18 años un padre o tutor deberá cumplimentar el consentimiento.

Acepto lo siguiente:

- 1. Permiso para obtener, almacenar y utilizar mi información clínica.** La aseguradora puede obtener, almacenar y utilizar mi información clínica para administrar la póliza, por ejemplo para darme un presupuesto para una póliza de seguro, evaluar el riesgo de seguro o tramitar reembolsos. La aseguradora puede almacenar mi información clínica conforme al Código del Consumidor de la ley aplicable a mi póliza con la aseguradora o cualquier otra ley aplicable que requiera su almacenamiento.
- 2. Permiso para obtener mis datos de terceros.** La aseguradora puede obtener mi información clínica y otros datos de médicos, personal de hospital y enfermería, otras instituciones médicas, sistemas públicos de salud, el financiador de mi plan, asociaciones profesionales y autoridades públicas, para proporcionarme cobertura de seguro, evaluar el riesgo o tramitar reembolsos. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y a la aseguradora de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que requieran compartir y utilizar para los fines mencionados.
- 3. Compartir mis datos fuera de la aseguradora.** La aseguradora podría compartir mi información clínica y otros datos con las instituciones mencionadas abajo para que los usen del mismo modo y con los mismos fines que la aseguradora. Entiendo que la aseguradora tiene acuerdos con estas instituciones para proteger mis datos. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de la aseguradora de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que soliciten compartir y utilizar para los fines mencionados a continuación:
 - Con proveedores de servicios fuera del Grupo Allianz de empresas que realizan ciertos servicios en nombre de la aseguradora como evaluación del riesgo y gestión de reembolsos que implican la recogida y utilización de mi información clínica y otros datos sin los que la aseguradora no podría administrar mi póliza o abonarme reembolsos.

Número de póliza:

- Con expertos médicos independientes si es necesario evaluar el riesgo de seguro y las prestaciones que se me deben abonar a mí o al tercero que ha proporcionado la atención médica o servicio bajo mi póliza de seguro.
- Con coaseguradoras para distribuir la cobertura del riesgo de seguro conjuntamente con otras empresas a las que la aseguradora emite la póliza, y para gestionar reembolsos conjuntamente.
- Con otras aseguradoras/reaseguradoras que pueden cubrir el mismo riesgo de seguro al mismo tiempo (seguro múltiple) para distribuir el pago de cualquier compensación que se me pueda deber, o para colaborar en la detección o prevención del fraude y el delito económico.

Si cambio de opinión sobre mis preferencias, incluyendo revocar mi consentimiento sobre algunos de los puntos mencionados, puedo avisar a la aseguradora escribiendo a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Nombre en mayúsculas: _____
Firma: _____
Correo electrónico: _____
Fecha (dd/mm/aa): _____

Nombre en mayúsculas: _____
Firma: _____
Correo electrónico: _____
Fecha (dd/mm/aa): _____

Nombre en mayúsculas: _____
Firma: _____
Correo electrónico: _____
Fecha (dd/mm/aa): _____

Nombre en mayúsculas: _____
Firma: _____
Correo electrónico: _____
Fecha (dd/mm/aa): _____

Por favor, devuelva este formulario cumplimentado a group.admin@allianzworldwidecare.com o por carta a Client Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Park, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Número de póliza: