

Modulo di consenso al trattamento dei dati

Per noi la sua privacy e quella dei suoi familiari contano moltissimo. Nel rispetto del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali (GDPR), abbiamo bisogno del suo consenso per raccogliere e trattare i suoi dati sanitari e di altro tipo. **Se non fornisce il suo consenso esplicito al trattamento dei suoi dati personali come descritto di seguito, non saremo in grado di trattare i suoi dati, fornirle accesso alle cure con pagamento diretto o evadere le eventuali richieste di rimborso che potrebbero esserle dovute.** Se acconsente, i suoi dati verranno trattati per le seguenti ragioni ed attività.

La tabella a seguire deve essere compilata solo dagli assicurati di questa polizza che non hanno già fornito il proprio consenso in precedenza. Il loro consenso sarà valido per l'intera durata della loro polizza a meno che non decidano di cambiarlo o revocarlo in un qualsiasi momento.

Un genitore o tutore deve fornire il consenso per qualsiasi assicurato di età inferiore ai 18 anni.

Il sottoscritto accetta quanto segue:

- 1. Autorizzazione alla raccolta, alla conservazione e all'utilizzo dei miei dati sanitari.** La compagnia assicurativa potrà raccogliere, conservare ed utilizzare i miei dati sanitari per gli scopi di amministrazione della polizza, ad esempio per fornire un preventivo di copertura assicurativa, valutare il rischio assicurativo ed evadere le richieste di rimborso. La compagnia assicurativa potrà conservare i miei dati personali in conformità al Codice dei consumatori applicabile per legge alla mia polizza assicurativa sottoscritta con la compagnia assicurativa o a qualsiasi altra legge applicabile che richieda la loro conservazione.
- 2. Autorizzazione all'ottenimento dei miei dati da terze parti.** La compagnia assicurativa potrà ottenere i miei dati sanitari e di altro tipo da medici, infermieri e personale ospedaliero, così come da altre strutture sanitarie, case di cura, fondi di assicurazione sanitaria obbligatoria, dal responsabile del pagamento del premio, dalle associazioni di professionisti e dalle autorità pubbliche per offrirmi una polizza assicurativa, valutarne i rischi ed evadere eventuali richieste di rimborso. Accetto di sollevare tutte le persone facenti parte di queste istituzioni e la compagnia assicurativa dai rispettivi obblighi di riservatezza relativi ai miei dati sanitari o di altro tipo che dovranno condividere ed utilizzare per gli scopi sopra descritti.
- 3. Condivisione dei miei dati al di fuori della compagnia assicurativa.** La compagnia assicurativa potrà condividere i miei dati sanitari e di altro tipo con le istituzioni elencate di seguito, affinché queste possano utilizzarli con le stesse modalità e agli stessi scopi della compagnia assicurativa. Sono a conoscenza del fatto che la compagnia assicurativa ha concluso accordi contrattuali con queste istituzioni a protezione dei miei dati. Accetto di sollevare tutte le persone facenti parte di queste istituzioni e la compagnia assicurativa dai rispettivi obblighi di riservatezza relativi ai miei dati sanitari o di altro tipo che dovranno condividere e utilizzare per gli scopi descritti di seguito:

Con consulenti sanitari indipendenti, qualora ciò sia necessario per valutare i rischi assicurativi ed eventuali pagamenti di prestazioni a me o alle parti terze che offrono servizi o trattamenti in base alla mia polizza assicurativa.

Numero di polizza:

- Con compagnie fornitrici di servizi esterne all'Allianz Group e che offrono determinati servizi per conto della compagnia assicurativa, ad esempio valutazioni del rischio ed evasione delle richieste di rimborso, che richiedano la raccolta e l'uso dei miei dati sanitari e di altro tipo senza i quali la compagnia assicurativa non potrebbe gestire la mia polizza o rimborsare le mie spese mediche.
- Con compagnie co-assicuratrici, per ripartire la copertura del rischio assicurativo con altre società che partecipano alla polizza emessa dalla compagnia assicurativa e per evadere congiuntamente le richieste di rimborso.
- Con altre compagnie di assicurazione o ri-assicuratrici, che possono coprire lo stesso rischio assicurativo per lo stesso periodo (assicurazione multipla), per ripartire il pagamento di eventuali rimborsi a me dovuti o per collaborare nel rilevamento o nella prevenzione di frodi e crimini finanziari.

Qualora cambiassi idea sulle mie preferenze espresse qui sopra o decidessi di ritirare anche solo parzialmente il mio consenso, potrò comunicare la mia decisione alla compagnia assicurativa scrivendo all'indirizzo e-mail AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Scriva il nome in lettere maiuscole: _____

Firma: _____

E-mail: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

Scriva il nome in lettere maiuscole: _____

Firma: _____

E-mail: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

Scriva il nome in lettere maiuscole: _____

Firma: _____

E-mail: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

La preghiamo di restituirci il modulo di consenso al trattamento dei dati tramite e-mail group.admin@allianzworldwidecare.com oppure posta all'indirizzo Client Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Park, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

Numero di polizza: