

Formulário de Consentimento

Nos preocupamos com sua privacidade e com a privacidade de seus familiares. De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), precisamos do seu consentimento para coletar e processar seus dados de saúde e outros dados. Se você não fornecer seu consentimento explícito para o processamento de seus dados pessoais, conforme descrito abaixo, não poderemos processar seus dados, fornecer acesso a tratamento com pagamento direto ao provedor médico ou processar quaisquer pedidos de reembolso que você nos envie. Se você concordar, seus dados serão processados pelos motivos e atividades a seguir.

A tabela abaixo precisa ser preenchida apenas pelos segurados da apólice que ainda não tenham fornecido o consentimento. O consentimento será válido por toda a duração da apólice, a menos que o segurado decida alterá-lo ou revogá-lo a qualquer momento.

O pai, a mãe ou um responsável legal deve fornecer o consentimento para qualquer segurado menor de 18 anos.

Eu concedo permissão para:

- 1. A coleta, o armazenamento e o uso de dados sobre a minha saúde.** A seguradora pode coletar, armazenar e utilizar dados sobre a minha saúde com o objetivo de administrar a apólice, como por exemplo para me fornecer uma cotação de cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar um pedido de reembolso. A seguradora pode armazenar dados sobre a minha saúde de acordo com as leis do Código do Consumidor aplicáveis à minha apólice de seguro com a seguradora ou qualquer outra lei aplicável que exija sua retenção.
- 2. A obtenção de dados sobre a minha saúde de terceiros.** A seguradora pode obter dados sobre a minha saúde e outras informações pertinentes de médicos, enfermeiros e funcionários de hospitais, outras instituições de saúde, casas de cuidados, fundos estatutários de seguro de saúde, o patrocinador de meu plano, associações profissionais e autoridades públicas para me fornecer cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar quaisquer pedidos de reembolsos. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde ou outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas acima.
- 3. O compartilhamento dos meus dados fora do âmbito da seguradora.** A seguradora pode compartilhar os dados sobre a minha saúde e outras informações com instituições filiadas para uso na mesma extensão e propósito da seguradora. Entendo que a seguradora possui contratos com essas instituições que protegem meus dados. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde e outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas abaixo:
 - Com profissionais independentes da área da saúde no caso de necessidade de avaliação de riscos relacionados ao seguro e benefícios a serem pagos a mim ou a terceiros me fornecendo tratamento de acordo com minha apólice de seguro.

Número da apólice:

- Com provedores de serviço que não façam parte do Grupo Allianz que fornecem certos serviços em nome da seguradora, tais como avaliações de riscos e processamento de pedidos de reembolso que envolvam a coleta e uso de dados sobre a minha saúde e outras informações, sem as quais a seguradora não seria capaz de administrar minha apólice ou de pagar quaisquer benefícios a mim destinados.
- Com cosseguradoras para distribuir a cobertura do risco do seguro conjuntamente com outras companhias a quem a seguradora emite a apólice, e para processar pedidos de reembolso conjuntamente.
- Com outras seguradoras/resseguradoras que estejam cobrindo o mesmo risco de seguro ao mesmo tempo - seguro múltiplo - para a distribuição de pagamento ou qualquer compensação que possa ser devida a mim, ou para a colaboração na detecção ou prevenção de fraude e crime financeiro.

Se eu mudar de ideia sobre as minhas preferências listadas acima, incluindo o cancelamento de meu consentimento em relação a qualquer um desses itens, eu poderei informar a seguradora através do endereço de e-mail AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Nome em letra de forma: _____
Assinatura: _____
E-mail: _____
Data (dd/mm/aa): _____

Nome em letra de forma: _____
Assinatura: _____
E-mail: _____
Data (dd/mm/aa): _____

Nome em letra de forma: _____
Assinatura: _____
E-mail: _____
Data (dd/mm/aa): _____

Por favor, envie-nos o Formulário de Consentimento completamente preenchido por e-mail group.admin@allianzworldwidecare.com ou via correio para Client Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Park, Nangor Road, Dublin, 12 Irlanda.

Número da apólice: