

Einwilligungserklärung

Ihre Privatsphäre und die Ihrer Angehörigen ist uns wichtig. Gemäß den Datenschutz-Grundverordnungen benötigen wir Ihre Einwilligung zur Erfassung und Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und sonstigen Daten. 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.

Hinweis: AWP Health & Life SA ist der Versicherer, im Folgenden „der Krankenversicherer“ genannt. AWP Health & Life SA ist Teil der Allianz Partners Gruppe und agiert unter der Marke Allianz.

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus.

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 Krankenversicherer darf meine Gesundheitsdaten in Übereinstimmung mit dem für meine Versicherung geltenden Sozialgesetzbuch oder anderen geltenden Gesetzen zur Aufbewahrung von Daten speichern.
2. **Einwilligung, dass meine Daten von Drittparteien eingeholt werden dürfen.** Um den Versicherungsschutz zu gewährleisten, sowie die zu versichernden Risiken zu prüfen und Erstattungsanträge zu bearbeiten, kann der Krankenversicherer 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. Ich entbinde alle Personen in diesen Einrichtungen sowie den Krankenversicherer von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den oben genannten Zwecken geteilt und verwendet werden müssen.
3. **Teilen meiner Daten außerhalb des Krankenversicherers.** Der Krankenversicherer darf meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten mit den unten aufgelisteten Experten und Einrichtungen teilen. Folglich können diese meine Daten im gleichen Umfang und zu den gleichen Zwecken wie der Krankenversicherer 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 Krankenversicherer 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, um Versicherungsrisiken und entsprechende Leistungen zu prüfen, die an mich oder an Drittparteien, die Behandlungen vornehmen oder Dienstleistungen anbieten, im Rahmen meines Versicherungsvertrags gezahlt werden.
 - Dienstleister von Unternehmen außerhalb der Allianz Gruppe, die Dienstleistungen im Namen des Krankenversicherers erbringen. Dazu gehören beispielsweise Risikoprüfungen und die Bearbeitung von Erstattungsanträgen, wobei:
 - diese Dienstleistungen meine Gesundheitsdaten und andere notwendige Daten erfasst und verwendet, und
 - der Krankenversicherer ohne diese Daten weder meine Versicherung verwalten noch Erstattungsanträge erbringen kann.
 - Mitversicherer zur Aufteilung des Versicherungsrisikos mit anderen Unternehmen, an die der Krankenversicherer den Versicherungsvertrag ausstellt sowie zur gemeinsamen Bearbeitung von Erstattungsanträgen.
 - Andere Versicherer/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 Krankenversicherer darüber per E-Mail an AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com informieren.

Versicherungsnummer:

Unterschrift

Name in Blockschrift

E-Mail

Datum (TT/MM/JJJJ)

/ /

Unterschrift

Name in Blockschrift

E-Mail

Datum (TT/MM/JJJJ)

/ /

Unterschrift

Name in Blockschrift

E-Mail

Datum (TT/MM/JJJJ)

/ /

Unterschrift

Name in Blockschrift

E-Mail

Datum (TT/MM/JJJJ)

/ /

Bitte senden Sie die Einwilligungserklärung per E-Mail an group.admin@e.allianz.com oder auf dem Postweg an **Client Services Department, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Park, Nangor Road, Dublin 12, Irland** zurück.