

Formulaire de consentement

Nous nous soucions de votre vie privée et de celle des membres de votre famille. Conformément aux Réglementations en matière de protection des données, nous avons besoin de votre accord pour recueillir et traiter les données concernant votre santé ainsi que d'autres données. Si vous êtes d'accord, vos données seront traitées pour les raisons et activités suivantes.

Le tableau ci-dessous doit être rempli uniquement par les personnes affiliées à cette police qui n'ont pas encore donné leur accord. Leur consentement sera valide pour toute la durée de leur police, sauf si elles décident à tout moment de le modifier ou de le révoquer.

Remarque : AWP Health & Life SA est l'assureur, ci-après dénommé « l'assureur santé ». AWP Health & Life SA fait partie du groupe Allianz Partners et opère sous la marque Allianz.

Si vous choisissez de remplir ce formulaire en version imprimée, **VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES.**

Un parent ou tuteur légal devra remplir le consentement pour tout affilié de moins de 18 ans.

Je donne :

1. **L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé.** L'assureur santé pourra recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé dans le cadre de la gestion de la police (pour m'envoyer un devis d'assurance, pour tarifier des risques ou traiter des demandes de remboursement). L'assureur santé pourra conserver les données relatives à ma santé conformément au Code de la consommation de la loi s'appliquant à cette police d'assurance ou toute autre loi requérant leur conservation.
2. **L'autorisation d'obtenir mes données auprès de tiers.** Pour me fournir une couverture d'assurance, souscrire les risques d'assurance ou traiter toute demande de remboursement, l'assureur santé pourra obtenir les données relatives à ma santé ou d'autres types de données auprès de médecins, d'infirmières, du personnel soignant d'un hôpital, d'autres institutions médicales, de maisons de santé, de la sécurité sociale, du responsable des assurances collectives de ma société, d'associations professionnelles et de représentants d'organismes publics. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et l'assureur santé quant à la confidentialité des données relatives à ma santé ou d'autres données qu'ils doivent partager et utiliser dans les buts indiqués ci-dessus.
3. **L'autorisation de partager mes données en dehors de l'assureur santé.** L'assureur santé peut partager les informations relatives à ma santé et d'autres données avec les experts ou institutions indiqués ci-dessous. Ils utiliseront mes données de la même manière et pour les mêmes raisons que l'assureur santé. Je comprends que l'assureur santé a mis en place des dispositions avec ces institutions pour protéger mes données. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et l'assureur santé quant à la confidentialité des données relatives à ma santé et d'autres données qu'ils doivent partager et utiliser dans les buts indiqués ci-dessous :
 - avec des médecins indépendants pour évaluer les risques d'assurance et toutes les garanties devant m'être réglées directement ou au tiers me fournissant un traitement ou un service dans le cadre de ma police d'assurance ;
 - avec les prestataires de services externes au groupe Allianz qui fournissent certains services au nom de l'assureur santé, comme l'évaluation des risques et le traitement des demandes de remboursement, lorsque :
 - ces services impliquent le recueil et l'utilisation des données relatives à ma santé et d'autres types de données ; et
 - sans lesquelles l'assureur santé ne pourrait gérer ma police ou me payer les sommes correspondant aux demandes de remboursement qui me sont dues.
 - avec des coassureurs pour partager le risque d'assurance avec d'autres entreprises auxquelles l'assureur santé émet la police et pour gérer en partenariat les demandes de remboursement ;
 - avec d'autres assureurs/réassureurs qui couvrent peut-être le même risque d'assurance simultanément (assurances multiples) pour :
 - partager le paiement de toute compensation m'étant due ; ou
 - collaborer dans le dépistage ou la prévention de la fraude et d'un crime financier.

Si je change d'avis concernant les préférences indiquées ci-dessus (par exemple, je décide de retirer mon accord à l'un des articles énoncés), je peux en informer l'assureur santé en envoyant un e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Numéro de police :

Signature

Nom en lettres majuscules

E-mail

Date (JJ/MM/AAAA)

/ /

Signature

Nom en lettres majuscules

E-mail

Date (JJ/MM/AAAA)

/ /

Signature

Nom en lettres majuscules

E-mail

Date (JJ/MM/AAAA)

/ /

Signature

Nom en lettres majuscules

E-mail

Date (JJ/MM/AAAA)

/ /

Veuillez envoyer le formulaire de consentement dûment rempli par e-mail à group.admin@e.allianz.com ou par courrier à **Client Services Department, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Park, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.**