

Formulário de Consentimento

Sua privacidade e a de seus familiares é de total importância para nós. De acordo com a Lei de Proteção de Dados, precisamos do seu consentimento para coletar e processar seus dados de saúde e outros dados. Se você concordar, seus dados serão processados para as razões 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.

Nota: A AWP Health & Life SA é a seguradora de saúde, doravante denominada "a seguradora". A AWP Health & Life SA faz parte do Grupo Allianz Partners e opera sob a marca Allianz.

Se você optar por preencher a versão impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRAS MAIÚSCULAS.**

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 com qualquer outra lei aplicável que exija a retenção de tais dados.
2. **A obtenção de dados sobre a minha saúde de terceiros.** Para me fornecer cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar quaisquer pedidos de reembolso, 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-saúde, o patrocinador de meu plano, associações profissionais e autoridades públicas. 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 os profissionais ou instituições indicados abaixo. Eles apenas usarão os dados na mesma medida e para os mesmos propósitos que a seguradora. Entendo que a seguradora possui acordos 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 devam ser compartilhados e usados para as finalidades listadas abaixo:
 - Com profissionais independentes da área da saúde para permitir que estes avaliem os riscos relacionados ao seguro e quaisquer benefícios a serem pagos a mim ou a terceiros me fornecendo tratamento ou serviço de acordo com minha apólice de seguro.
 - 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 quando:
 - estes serviços envolvem a coleta e uso de dados sobre a minha saúde e outras informações; e
 - a seguradora não seria capaz de administrar minha apólice ou de pagar quaisquer benefícios a mim destinados sem tais dados.
 - 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:
 - distribuir o pagamento ou qualquer compensação que possa ser devida a mim; ou
 - colaborar 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.

Número da apólice:

Assinatura

Nome completo em letras de fôrma

E-mail

Data (DD/MM/AAAA) / /

Assinatura

Nome completo em letras de fôrma

E-mail

Data (DD/MM/AAAA) / /

Assinatura

Nome completo em letras de fôrma

E-mail

Data (DD/MM/AAAA) / /

Assinatura

Nome completo em letras de fôrma

E-mail

Data (DD/MM/AAAA) / /

Envie o Formulário de Consentimento completamente preenchido por e-mail para group.admin@e.allianz.com ou por correio para **Client Services Department, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Park, Nangor Road, Dublin, 12 Irlanda.**