

Clause de consentement explicite

Consentement explicite au traitement pour collecter, stocker et utiliser les données concernant la santé

Numéro de police / sinistre : _____

L'évaluation par Allianz Insurance Luxembourg du dommage encouru à l'occasion du sinistre dont la référence est mentionnée ci-dessus requiert le traitement de données concernant la santé de la victime.

Aussi, nous vous invitons à marquer votre consentement explicite à ce traitement, soit pour vous-même si ce sont vos données, soit en tant que représentant légal de la personne dont la prise en charge du dommage est sollicitée.

Nous attirons votre attention sur le fait que si ce consentement explicite ne nous est pas donné, Allianz Insurance Luxembourg ne pourra pas traiter votre dossier.

Par la présente, je donne mon consentement explicite à Allianz Insurance Luxembourg pour le traitement des données concernant ma santé dans le cadre de la gestion du sinistre référencé ci-dessus.

Je déclare expressément que mes données personnelles qui vous ont été transmises directement par moi, mon mandataire ou par un médecin ou un service de soins peuvent être traitées en vue de la gestion du sinistre, du règlement de prestations d'assurance, de la gestion du contentieux, la surveillance du portefeuille et la prévention de la fraude et ce, dans le respect des conditions reprises dans la Notice d'information en matière de protection des données à caractère personnel accessible sur le site d'Allianz Insurance Luxembourg à l'adresse <http://www.allianz.lu/insurance-fr/documents/gdpr/index.php>

J'ai connaissance que ces données sont accessibles par les services de gestion et, si nécessaire, par des experts médicaux ou des avocats, dans le cadre exclusif de la poursuite des finalités mentionnées ici.

En date du ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Le présent document doit être rempli par la personne concernée par les données médicales. Pour les enfants de moins de 16 ans ou sous régime d'administration ou de tutelle, la signature d'un parent ou de l'administrateur ou tuteur est requise.

Prénom: _____

Nom: _____

Nom du signataire: _____

Signature

¹ Si vous ne disposez pas d'un accès à internet, il vous est possible de demander un exemplaire papier de ladite notice par courrier adressé à au Service Center.

² La personne concernée dispose d'un droit d'accès à ses données relatives à la santé qu'elle peut exercer en faisant la demande datée et signée avec copie de sa carte d'identité et les coordonnées du médecin à qui ces données seront transmises au Service Center.