

**Декларация за съгласие**  
**за обработване на чувствителни /свързани със здравето/ лични данни**

Долуподписаният, ....., ЕГН....., притежаващ лична карта № ....., издадена на ..... от МВР – град ....., с постоянен адрес: град ....., ж.к./ул. ...., № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., с настоящото декларирам, че чувствителните ми лични данни /свързани със здравето ми/ могат да бъдат обработвани от страна на ЗАД „Алианц България Живот“ АД само за целите и дейностите, за които съм дал изричното си съгласие с поставянето на отметка на съответното място .

Съгласявам се за следното, отбелязвайки отметка в квадратчето :

**1. Съгласие да се събира, обработва и съхранява здравна информация, отнасяща се до мен.**

ЗАД „Алианц България Живот“ АД може да събира, обработва и съхранява моя здравна информация за целите на администриране на конкретен застрахователен договор, да ми предостави оферта за застрахователно покритие, да издаде застрахователна полица за определени рискове и да обработва образувани щети.

Разбирам, че в зависимост от избраното застрахователно покритие и настъпили събития, здравните ми данни могат да бъдат разкривани на и обработвани от трети лица - независими медицински експерти.

**2. Съгласие да се събира информация от трети лица.**

ЗАД „Алианц България Живот“ АД може да събира здравна и друга информация, отнасяща се за мен, от лекари, медицински сестри и друг болничен персонал, други здравни заведения, домове за грижи, фондове за здравно осигуряване, професионални организации, държавни органи и други за целите, посочени долу. Съгласявам се да не търся отговорност за нарушаване на поверителността на здравните и другите ми данни от тези лица, когато им се налага да ги обработват във връзка със следните цели:

- за да ми бъде предоставена оферта за застрахователно покритие, за да бъде издадена застрахователна полица за определени рискове и да бъдат обработвани образувани щети, ако това е необходимо за оценка на рискове или ползи.
- за да се администрира застрахователна полица, напр. за изчисляване на размера на обезщетението при настъпване на застрахователно събитие.

Разбирам, че във връзка със сключването и администрирането на полицата, здравните ми данни могат да бъдат разкривани на и обработвани от трети лица - независими медицински експерти.

**3. Предоставяне на защитените ми данни извън ЗАД „Алианц България Живот“ АД.** ЗАД „Алианц България Живот“ АД може да предоставя здравните ми и други данни на изброените по-долу трети лица за обработване в степента и за целите, приложими към ЗАД „Алианц България Живот“ АД. Разбирам, че ЗАД „Алианц България Живот“ е

склучило писмени споразумения с тези лица за защита на личните ми данни. Съгласявам се да не търся отговорност за нарушаване на поверителността на здравните и другите ми данни от тези лица, когато им се налага да ги обработват във връзка със следните цели:

- предоставяне на независими медицински експерти, ако това е необходимо за оценка на рисковете или размера на дължими обезщетения.
- предоставяне на доставчици на услуги извън групата на Алианц, изпълняващи някои задачи от името на ЗАД „Алианц България Живот“, като например оценка на риска или управление на претенции/щети, включващи събирането и използването на моите здравни и други данни
- предоставяне на други застрахователи за разпределяне на застрахователното покритие, включително и за съвместно уреждане на претенции за изплащане на застрахователни обезщетения.
- предоставяне на други застрахователи/презастрахователи, които могат да покриват същите рискове за същия период – множествено застраховане/съзастраховане, за разпределяне на обезщетителни плащания или за сътрудничество в идентифицирането и предотвратяване на измами и финансови престъпления.

Уведомен съм, че мога да оттегля всяко от дадените съгласия по всяко време, което ще има за последица, че ЗАД „Алианц България Живот“ АД няма да може повече да обработва тези категории лични данни за посочените цели.

Уведомен съм, че мога да науча повече относно това как ЗАД „Алианц България Живот“ АД защитава личните ми данни и правата във връзка с тях на следния линк [Съобщение за поверителност и защита на личните данни](#)

Ако не поставите съответната отметка, ЗАД „Алианц България Живот“ АД ще бъде изправено пред невъзможността да Ви предостави услугите по избрания от Вас застрахователен договор.

**Декларатор:**

Дата .....

Град .....

.....

( )