



zurück an Postanschrift:
AXA Assistance Deutschland GmbH
c/o Inter Partner Assistance Service GmbH
Große Scharrnstr. 36
D-15230 Frankfurt (Oder)

Elektronisch zurück an:
E-Mail: medical@axa-assistance.de
Fax: +49 (0) 221 80 247 093

Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung

Bitte **LESERLICH** in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

Ansprechsteller:
Vor- und Zuname: _____

Anschrift / Ort: _____

Um Ihre Gesundheitsdaten verarbeiten zu dürfen, benötigen wir, die AXA Assistance Deutschland GmbH, handelnd namens und im Auftrag Ihres Vertragspartners, im Folgenden als „Einwilligungsempfängerin“ bezeichnet, Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir im Leistungsfall zur Prüfung der Leistungspflicht Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen (wie z. B. Ärzten) erheben zu dürfen. Ferner benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten an andere Stellen im Rahmen der Abwicklung eines Leistungsfalls weiterleiten zu dürfen.

Wir arbeiten mit Dienstleistern zusammen, welche in der **Anlage 1** zu diesem Dokument aufgelistet sind (im Folgenden als „benannte Dienstleister“ bezeichnet).

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung und Durchführung des Versicherungsschutzes unentbehrlich. Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft durch eine eindeutige Erklärung in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) uns gegenüber zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs wird hierdurch nicht berührt. Sollten Sie die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abgeben oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, können Sie voraussichtlich nicht (mehr) versichert werden, weil Ihr Versicherungsschutz in der Regel die Verarbeitung von Gesundheitsdaten notwendig macht. In diesem Fall steht es Ihnen indes frei, die erforderlichen Informationen und Unterlagen selbst beizubringen.

Die Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns finden Sie in den Datenschutzinformationen, die Bestandteil Ihrer Vertragsunterlagen sind. Die Datenschutzinformationen können auch bei Ihrem Vertragspartner oder, unter Angabe Ihres Vertragspartners, per E-Mail an: datenschutz@axa-assistance.de angefordert werden.

1. Verarbeitung der mitgeteilten Gesundheitsdaten durch uns

Ich willige ein, dass die die Einwilligungsempfängerin und ihre benannten Dienstleister die von mir mitgeteilten und künftig mitzuteilenden Gesundheitsdaten verarbeiten, soweit dies zur Begründung und Durchführung des Versicherungsschutzes (inkl. der darin ggf. enthaltenen Assistance-Vereinbarung) erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten

2.1. Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es für uns notwendig sein, Informationen von Stellen zu erhalten, die über die Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Ihre Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Gutachten usw.) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung (Stand: 02/2019)

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung wird im Leistungsfall unmittelbar vor der Leistungsprüfung von uns eingeholt.

Ich willige ein, dass die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister – soweit dies für die Risikobeurteilung oder die Leistungsfallprüfung oder Assistance-Leistungen erforderlich ist – Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen

Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erheben und für diese Zwecke verarbeiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes an

die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass – soweit erforderlich – Gesundheitsdaten durch die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister an diese Stellen weitergegeben werden und befreie insoweit die für die Einwilligungsempfängerin und

die benannten Dienstleister tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Erklärungen für den Todesfall der versicherten Person

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach dem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Wir benötigen für die Abfrage von Informationen über die gesundheitlichen Verhältnisse die Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für die Stellen, die über die Gesundheitsdaten verfügen.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von

Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen Berufsgenossenschaften und Behörden erheben und für diese Zwecke verwenden dürfen.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsverträgen aus einem Zeitraum bis zu zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes an die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleiste übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister an diese Stellen weitergegeben werden und befreie

auch insoweit die für die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Einwilligungsempfängerin und der benannten Dienstleister

Die Einwilligungsempfängerin verpflichtet die benannten Dienstleister vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Die antragstellende Person wird über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermitteln, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie die Leistungsfallbearbeitung, die Durchführung von Assistance-Leistungen oder gegebenenfalls die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung an benannte Dienstleister. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns verarbeiten, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als **Anlage 1** der Einwilligungserklärung angefügt.

Für die Weitergabe der Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister die Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Einwilligungsempfängerin und die benannten Dienstleister dies tun dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Einwilligungsempfängerin und ihrer Dienstleister im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer die Einwilligungsempfängerin aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Einwilligungsempfängerin das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Versicherungsverhältnisse und Anmeldeerklärungen im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Versicherungsverhältnisse an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudoanonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch die Einwilligungsempfängerin unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für AXA Assistance Deutschland GmbH tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

5. Datenübertragung in Drittstaaten

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übermitteln, erfolgt die Übermittlung, soweit dem Drittland durch die Kommission der Europäischen Union ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Sofern Sie sich in einem Drittland außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums aufhalten und uns von dort aus mit der Erbringung von Versicherungs- oder Assistanceleistungen beauftragen, ist dies aber nicht stets rechtzeitig durchführbar. Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten, dürfen wir aber dann aber zur Erbringung und Organisation unserer Leistungen an Dienstleister in diesem Land übermitteln, wenn Sie uns eine entsprechende Einwilligung erteilen.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Stellen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Weitere Einwilligungen und Datenschutzhinweise

Meine Einwilligung kann ich grundsätzlich jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Um mein Widerrufsrecht auszuüben, muss ich dies mittels einer eindeutigen Erklärung per Post (zu adressieren an Ihren Vertragspartner oder per E-Mail (unter Angabe Ihres Vertragspartners zu adressieren an datenschutz@axa-assistance.de) mitteilen. Schließlich erkläre ich, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Name und Vorname der versicherten Person
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum der versicherten Person

Ort, Datum

(Unterschrift der versicherten Person)

Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Bei Minderjährigen ab 16 Jahren zusätzlich:

Unterschrift des Minderjährigen

Anlage zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Liste der externen Stellen / Kategorien von Stellen, die für die Einwilligungsempfängerin Gesundheitsdaten und nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und/oder nutzen:

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Unternehmen	Anschrift	Übertragene Aufgabe
Inter Partner Assistance Service GmbH	Große Scharnstraße 36, 15230 Frankfurt	Vertragsverwaltung, Kundenservice, Bearbeitung von Leistungsfällen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Unternehmen	Übertragene Aufgabe
Medizinische Gutachter	Unterstützung bei der Beurteilung von Leistungsfällen
Externe Postkurierdienste	Abholung, Transport und Zustellung von Post
Entsorgungsunternehmen	Transport und Vernichtung von Akten und Datenträgern
Externe IT-Dienstleister	Wartung der IT-Systeme