



## Schadenanzeige | Unfall | Chubb

**i** Bitte senden Sie diese vollständig ausgefüllte und unterschriebene Unfall-Anzeige und Schweigepflichts-Entbindungs-

erklärung innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt und unterschrieben an folgende Anschrift:

**Chubb European Group SE · Direktion für Deutschland · Baseler Straße 10 · 60329 Frankfurt am Main.** Vielen Dank.

|  |                      |
|--|----------------------|
| Policen-/Versicherungsschein-Nummer        | <input type="text"/> |
| Vorgangsnummer (wird von Chubb ausgefüllt) | <input type="text"/> |

### Versicherungsnehmer

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Name   Vorname       |                      | Geburtsdatum         |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |
| Straße   Hausnummer  |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |
| PLZ   Ort            |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |
| Fon                  | eMail                |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |

### Versicherte Person

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Name   Vorname       |                      | Geburtsdatum         |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |
| Straße   Hausnummer  |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |
| PLZ   Ort            |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |
| Fon                  | eMail                |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Beruf   Tätigkeit    | Versichert seit      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |

### Die Leistungszahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Die Leistungszahlung erfolgt im Regelfall an die versicherte Person (oder Bezugsberechtigte). Ist bei einer Gruppen-Versicherung kein Direktanspruch der versicherten Person mit uns vereinbart und stimmt der Versicherungsnehmers der Zahlung an die versicherte Person nicht zu, bitte Bankverbindung des Versicherungsnehmers angeben.

### Bankverbindung

|                             |  |                      |  |
|-----------------------------|--|----------------------|--|
| Name   Vorname Kontoinhaber |  | Name Geldinstitut    |  |
| <input type="text"/>        |  | <input type="text"/> |  |
| IBAN                        |  | BIC                  |  |
| <input type="text"/>        |  | <input type="text"/> |  |





### 1 | Angaben zum Unfallhergang

|   |   |
|---|---|
| Unfalldatum/-Uhrzeit  | <input type="text"/>  |
| Unfallort   | <input type="text"/>  |
| Der Unfall fand statt   | <input type="checkbox"/> während der Berufsausübung <input type="checkbox"/> auf dem Weg von/zur Arbeitsstelle<br><input type="checkbox"/> auf einer Dienstreise <input type="checkbox"/> in der Freizeit |
| Schilderung des Unfalls<br>(bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursache) (ggf. Zusatzblatt verwenden) | <input type="text"/>  |

### 2 | Gibt es Zeugen?

nein  ja - bitte Namen und Anschrift angeben

### 3 | Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein  ja - von Polizeidienststelle

Tagebuch-Nummer

### 4 | War die versicherte Person Lenker oder Insasse eines Fahrzeugs? (z.B. Pkw, Motorrad, Luftfahrzeug, Luftsportgerät, Boot)

nein  ja - Insasse  ja - Lenker (falls Lenker bitte Kopie des Führerscheins beilegen)

Art des Fahrzeuges  Kennzeichen

### 5 | Hat die versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol / Drogen / Medikamente zu sich genommen?

nein  ja - was, wieviel und in welchem Zeitraum

Wurde eine Blutprobe entnommen?  
 nein  ja - Ergebnis

### 6 | Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art und Umfang der Verletzungen)





## 7 | Ärztliche Behandlung

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Beginn der ärztlichen Behandlung   Datum        | <input type="text"/>          |                             |
| Name, Anschrift des erstbehandelnden Arztes     | <input type="text"/>          |                             |
| Letzte Behandlung   Datum                       | <input type="text"/>          |                             |
| Name, Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes | <input type="text"/>          |                             |
| Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung       | von <input type="text"/>      | bis <input type="text"/>    |
| Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

## 8 | Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung? (Bitte Kopie des ärztlichen Entlassungsberichtes einreichen)

|                                   |                             |                          |                          |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja | von <input type="text"/> | bis <input type="text"/> |
| Name, Anschrift des Krankenhauses | <input type="text"/>        |                          |                          |

## 9 | Litt die versicherte Person vor dem hier gemeldeten Unfall bereits an Krankheiten oder Gebrechen?

(z. B. Epilepsie, Parkinson, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel- oder Schlaganfall, Bluthochdruck, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden, Krebserkrankung)

|   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja - bitte Angabe, welche Krankheiten oder Gebrechen | <input type="text"/> |
| Welche Ärzte behandelten die erwähnten Erkrankungen? Bitte Name und Anschrift |   | <input type="text"/> |

## 10 | Bezieht die versicherte Person eine Rente?

|                                      |   |                      |
|--------------------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> ja - seit wann | <input type="text"/> |
| Name und Anschrift des Rententrägers |   | <input type="text"/> |

## 11 | Hat die versicherte Person schon früher Unfälle gehabt, die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?

|                               |   |                      |
|-------------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - bitte Datum angeben | <input type="text"/> |
| Art der Verletzung            |   | <input type="text"/> |





**12 | Hat die versicherte Person schon einmal eine Invaliditätsleistung erhalten?**

|   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Datum angeben | <input type="text"/> |
| Name, Anschrift Gesellschaft  | <input type="text"/> |
| Aktenzeichen  | <input type="text"/> |

**13 | Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften?**

(z.B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine, etc.)

|   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bei weiteren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden |                      |
| Name Gesellschaft   | <input type="text"/> |
| Anschrift   | <input type="text"/> |
| Vertragsnummer  | <input type="text"/> |
| Aktenzeichen  | <input type="text"/> |
| Name Sachbearbeiter   | <input type="text"/> |
| Kontakt Sachbearbeiter  | <input type="text"/> |

**14 | Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet bzw. der Unfallkasse?**

|   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - welcher | <input type="text"/> |
| Name, Anschrift Gesellschaft  | <input type="text"/> |
| Aktenzeichen  | <input type="text"/> |

**15 | Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?**

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| Name, Anschrift | <input type="text"/> |
| Aktenzeichen    | <input type="text"/> |





**Versicherungssummen der versicherten Person (auszufüllen durch Versicherungsnehmer)**

|                          |                      |      |
|--------------------------|----------------------|------|
| für dauernde Invalidität | <input type="text"/> | Euro |
| für den Todesfall        | <input type="text"/> | Euro |
| Krankenhaustagegeld      | <input type="text"/> | Euro |
| Tagegeld                 | <input type="text"/> | Euro |

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer zur Bestätigung der oben angegebenen Versicherungssummen.

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift die Zugehörigkeit des Anspruchstellers zum Vertrag sowie die für ihn vereinbarten individuellen Versicherungssummen.





## Datenschutz

# CHUBB®

Wir verwenden personenbezogene Daten, die uns der Versicherungsnehmer zur Verfügung stellt, für die Ausstellung und Verwaltung der Versicherung, einschließlich der Bearbeitung im Zusammenhang damit anfallender Schadenfälle. Weitere Informationen sind in unserer Rahmendatenschutzrichtlinie unter <https://www2.chubb.com/de-de/datenschutz.aspx> zu finden. Diese Rahmendatenschutzrichtlinie kann auch jederzeit über die E-Mail-Adresse [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com) anfordern.

### **Ausdrückliche Einwilligung**

Wir werden Ihre Schadensforderung sorgfältig prüfen und daneben im Einklang mit den branchenüblichen Standards auch Schritte unternehmen, die dem Aufspüren von betrügerischen Schadensforderungen dienen. Aus diesen Gründen müssen wir möglicherweise die von Ihnen bereitgestellten Informationen über Ihre Gesundheit, die für Ihre Schadensforderung relevant sind, sowie ggf. Informationen über die Gesundheit anderer Personen, die für die Schadensforderung eine Rolle spielen, verwenden. Ihnen obliegt es, sicherzustellen, dass andere Personen, deren Informationen Sie uns zur Verfügung stellen, darüber Bescheid wissen, keine Einwände gegen die Verwendung ihrer Daten haben und ihre Einwilligung dazu erteilen, dass ihre Informationen für die hier dargelegten Zwecke verwendet werden.

Wir werden die Informationen über Ihre Gesundheit nicht für irgendwelche anderen Zwecke verwenden, und wir werden uns jederzeit an alle in unserer Datenschutzrichtlinie enthaltenen Bestimmungen (einschließlich der Sicherheitsstandards) halten. Sie sind nicht verpflichtet, uns die nachstehend bezeichnete Einwilligung zu erteilen, und Sie können eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Wenn Sie uns jedoch keine Einwilligung erteilen oder sich entscheiden, Ihre Einwilligung später zu widerrufen, kann sich das darauf auswirken, ob wir Ihre Schadensforderung bearbeiten können.





## Mitteilung

### Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

#### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

#### Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

#### Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

---

### Schlussklärung & Unterschrift

Vorgenannte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich zur Kenntnis genommen. Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Unfall-Anzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person (oder Angehöriger/Vertreter)

Unterschrift Versicherungsnehmer

Name/Vorname des/der Unterzeichner/s bitte in DRUCKBUCHSTABEN eintragen:





## Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Policen-/Versicherungsschein-Nummer

Vorgangsnummer

Name versicherte Person

Unfalldatum

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland (im Folgenden meist „Chubb“ genannt), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. einen Assistance- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird die Leistungsregulierung in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- | durch die Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland selbst (unter 1.),
- | im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- | bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Chubb (unter 3.).

Die Erklärungen gelten 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.

### 1 | Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland

Ich willige ein, dass die Chubb European Group SE und die degenia Versicherungsdienst AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2 | Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Chubb die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Chubb benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.







## Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. (Sollten Sie keine der Möglichkeiten auswählen, wird dies zu Verzögerungen bei der Prüfung der Leistungspflicht führen).

### Möglichkeit I

- Ich willige ein, dass die Chubb European Group SE – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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 zehn Jahren vor Antragstellung an die Chubb übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Chubb an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Chubb tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

### Möglichkeit II

- Ich wünsche, dass mich die Chubb European Group SE in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- | in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Chubb einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Chubb einwillige oder
  - | die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

### 2.2 Erklärungen für den Fall des Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Chubb konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

### Bitte kreuzen Sie an:

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe 2.1. – Möglichkeit I).





## Schweigepflicht-Entbindungserklärung

### 3/ Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland

Die Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Chubb European Group SE benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, mediDie Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Chubb-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Chubb European Group SE erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt.

Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter <http://www.Chubbgroup.com/de-de/assets/datenschutz.pdf>) eingesehen oder beim Datenschutzbeauftragten [Datenschutzbeauftragter@Chubbgroup.com](mailto:Datenschutzbeauftragter@Chubbgroup.com), Baseler Straße 10 · 60329 Frankfurt am Main, 069 75613 0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Chubb European Group SE Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Chubb European Group SE meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Chubb European Group SE dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Chubb-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Chubb European Group SE Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Chubb Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen 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 Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

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





## Schweigepflicht-Entbindungserklärung

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

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Name/Vorname des/der Unterzeichner/s bitte in DRUCKBUCHSTABEN eintragen:

### 4/ Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und zur Maklerbetreuung im Leistungsfall (falls gewünscht)

Der Versicherungsvermittler, der diesen Vertrag betreut, bietet Ihnen an, Sie bei der Abwicklung des oben beschriebenen Leistungsfalls zu unterstützen. Wenn Sie dies möchten, benötigt der Vermittler der Form halber folgende unterschriebene Vollmacht von Ihnen.

- Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an den im Zeitpunkt der Geltendmachung eines Leistungsanspruches im Versicherungsvertrag genannten Versicherungsvermittler übermittelt und dort zur Prüfung meiner Ansprüche verarbeitet und genutzt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Chubb European Group SE tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass mein Versicherungsvermittler den o. a. Leistungsfall für mich abwickelt und berechtigt ist personenbezogene Daten (einschließlich medizinischer Daten) in diesem Zusammenhang zu erheben, zu nutzen und zu verarbeiten.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsmakler

Unterschrift versicherte Person





## Anlage zur Einwilligungserklärung / Dienstleisterliste

Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten für die Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland, erheben, verarbeiten oder nutzen, sofern notwendig.

| Name                                   | Übertragene/n Aufgabe/n   |
|--|---|
| Adecco Business Solutions GmbH, Fulda  | Telefonischer Kundenservice und Forderungsmanagement  |
| degenia Versicherungsdienst AG         | Kundenbetreuung und Vertragsverwaltung sowie -bearbeitung in Teilen des Bereichs Unfallversicherungen |
| Europ Assistance Service GmbH, München | Assistance-Dienstleistungen   |
| Operating Part, Rödermark              | Kundenservice   |
| Telcon, Saarbrücken                    | Service-Center und Leistungsfall-Bearbeitung  |
| Kategorie                              |   |
| Anwaltskanzleien                       | Vertretung unserer Interessen, z.B. im Schadenfall  |
| Druckereien und Druckkonfektionierung  | Drucken und Zusammenstellen von Versicherungsunterlagen   |
| Entsorger                              | Datenschutzgerechtes Entsorgen von Datenträgern und Papierunterlagen                                  |
| T-Provider                             | Erstellung und Instandhaltung von IT-Systemen, Applikationsentwicklung, Internet-Verwaltung           |
| Rückversicherer                        | Rückversicherung bestimmter Risiken oder Summen   |

Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten werden in den IT-Systemen der Chubb Gruppe abgelegt. Gemäß § 203 StGB geschützte Daten sind ein „ fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis“. Bei Versicherungen ist es insbesondere die Information darüber, dass ein Versicherungsvertrag besteht.

Ihre Gesundheitsdaten sind nur einem beschränkten Personenkreis innerhalb der Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland zugänglich. Ihre sonstigen Daten (z.B. Versicherungsbeginn, Ihre Anschrift) können auch von weiteren Chubb Mitarbeitern, z.B. zum Zwecke der Vertragsbearbeitung, eingesehen werden.

Theoretisch ist es möglich, dass Ihre Daten von wenigen anderen Mitarbeitern der Chubb Gruppe eingesehen werden. Chubb European Group SE ist eine englische Gesellschaft mit Sitz in London, Großbritannien (Details können Sie [www.Chubbgroup.com/de](http://www.Chubbgroup.com/de) entnehmen).

Die Muttergesellschaft, die Chubb Limited hat ihren Sitz in Zürich (Schweiz).

Diese Liste beinhaltet nicht Ihren Versicherungsvermittler oder von diesem Beauftragte. Wenden Sie sich bei Fragen zur Weitergabe der von Ihrem Versicherungsvermittler erhobenen Daten bitte an diesen.

Gesundheitsdaten, die im Leistungsfall (nach Ihrer Zustimmung) von uns erhoben werden, geben wir nur dann an Ihren Versicherungsvermittler weiter, wenn Sie dem ausdrücklich (im Leistungsfall) zugestimmt haben.

