

Ärztliche Bescheinigung für die Reiseversicherung

Vorgangsnummer _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vollständige Anschrift _____

Attestierung für Reise nach _____ Reisezeitraum _____

1) Welche Diagnose zur Erkrankung / zum Unfall führte zur Absage / zum Abbruch der Reise? Wann erkrankte der Patient / die Patientin? Wann ereignete sich der Unfall?

Diagnose _____ ICD _____ Datum _____

Datum _____

Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?

2) Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung ärztliche Behandlungen stattgefunden?

Wenn ja, wann? Nein

Behandlungen/Therapien/Medikationen

Datum

Behandlungen/Therapien/Medikationen	Datum

(gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen)

3) Bestand eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja (Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen) Nein

von _____ bis _____

4) War eine stationäre Behandlung notwendig?

Wenn ja, wann und wo? _____ Nein

5) Bei Schwangerschaft:

a) Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Datum _____ Schwangerschaftswoche _____

b) Führten Komplikationen zur Reiseabsage? Welche? _____ Datum _____

6) Bei psychischen Erkrankungen:

a) Wurde ein Antrag beim Krankenversicherungsträger für eine ambulante Psychotherapie gestellt? Bitte Nachweis über die Genehmigung beifügen. Ja Nein

b) Erfolgte eine Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie? Bitte Nachweis beifügen. Ja Nein

7) Bei Reiserücktritt/Reiseabbruch: Wann war in Anbetracht der gestellten Diagnose nicht mehr sicher, dass die Reise planmäßig angetreten bzw. fortgeführt werden kann?

Datum _____

Ort Datum  Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärungen der versicherten Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung*

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für die Leistungsfallprüfung erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die LifeStyle Protection AG, 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 Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, 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. Kundenservicegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsfallprüfung sowie die weitere Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der LifeStyle Protection AG unentbehrlich. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit mit späterer Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sind.

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

- durch die LifeStyle Protection AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der LifeStyle Protection AG (unter 2.).

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 LifeStyle Protection AG

Ich willige ein, dass die LifeStyle Protection AG die von mir in dieser Leistungsfallprüfung sowie alle künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsfallprüfung sowie zur weiteren Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LifeStyle Protection AG

Die LifeStyle Protection AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des TALANX Konzerns oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns 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 <https://www.lifestyle-protection.com/documents/dienstleisterliste.pdf> eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (TALANX AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover, E-Mail: privacy@talanx.com) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Hiermit erteile ich die vorgenannten Einwilligungen zu den Punkten 1 bis 2.1 und bestätige, an den Punkten 1 bis 2.1 keine Änderungen bzw. Streichungen vorgenommen zu haben.

Bitte beachten Sie, dass diese Einwilligungen für die Durchführung der Leistungsprüfung unbedingt erforderlich sind.

Ort

Datum

X

Unterschrift der versicherten Person