



# Antrag im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten

AXA Assistance erkennt an, wie wichtig es ist, Ihre personenbezogenen Daten zu schützen und die Ausübung Ihrer Rechte des Datenschutzes jederzeit während derer Verarbeitung sicherzustellen. Daher stellt Ihnen AXA Assistance dieses Formular für eventuelle Beschwerden bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zur Verfügung.

Dieses Verfahren berücksichtigt auch die Bestimmungen von Artikel 77 der Datenschutz-Grundverordnung als Grundlage für die Einreichung von Beschwerden durch das Datensubjekt.

## Art des Antragstellers (\* siehe Anweisungen auf der Rückseite)

Versicherter	An Versicherungsfall beteiligte Person	Person, die eine Zustimmung für Marketingzwecke erteilt hat
Verkäufer oder dessen Mitarbeiter		Vermittler oder dessen gebundener Agent
Mitarbeiter (inkl. ehemaliger)		Stellenbewerber
		Andere

## Erforderliche Angaben

		Antragsnummer:
Nachname:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Polizzenummer (im Falle des Versicherungsnehmers):	
Ständiger Wohnsitz:		
Postleitzahl:		
Telefon:	E-Mail-Adresse:	
Detaillierte Informationen zu Ihrem Antrag und notwendige Informationen zu Ihrer Authentifizierung (siehe Seite 2):		

## Angaben zu Ihrem Antrag

Bitte seien Sie so genau wie möglich, um irreführende Anträge zu vermeiden und es AXA Assistance zu ermöglichen, auf Ihr Anliegen einzugehen und dieses sorgfältig zu beantworten.

Löschung von personenbezogenen Daten	Erstellen einer Kopie von personenbezogenen Daten
Übertragung personenbezogener Daten, Aktualisierung von personenbezogenen Daten, Erstellen einer Kopie von personenbezogenen Daten	Widerruf der Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten
Einschränkung der Verarbeitung personenbezogener Daten	In die Verarbeitung personenbezogener Daten einwilligen
Aktualisierung von personenbezogenen Daten	Überprüfung der automatisierten Entscheidung
Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten	Keine spezifische Anfrage
	Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten

## Erklärung des Antragstellers:

Ich bestätige, dass die in diesem Formular enthaltenen Informationen nach meinem besten Wissen korrekt sind und dass ich die Person bin, auf die es sich bezieht. Mir ist bekannt, dass AACZ verpflichtet ist, meinen Identitätsnachweis zu prüfen, und es kann erforderlich sein, weitere Informationen einzuholen, um dieser Aufforderung zur Einreichung von Anträgen nachzukommen.

Ort:	Datum:
------	--------

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an [ochranaudaju@axa-assistance.cz](mailto:ochranaudaju@axa-assistance.cz), oder per Post an AXA ASSISTANCE, Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00, Ostrava, Tschechische Republik

\* Wir können Ihren Antrag nur dann bearbeiten, wenn wir sicher sein können, dass wir es mit dem richtigen Datensubjekt beziehungsweise dessen Vertreter zu tun haben. Daher möchten wir Sie bitten, diesen Teil des Dokuments sorgfältig zu lesen und zu befolgen, andernfalls wird Ihre Anfrage nicht erfüllt.

In den folgenden Anweisungen finden Sie die minimale Menge an Daten, die benötigt wird, um Ihrem Antrag Folge zu leisten. Für eine höhere Wahrscheinlichkeit Ihrer erfolgreichen Authentifizierung können Sie uns immer die sicherere Authentifizierungsmethode zur Verfügung stellen, wie z. B. Ihre notariell beglaubigte Unterschrift, oder Kontaktaufnahme per E-Mail, durch Ihren Vertrag oder mittels Databox verifiziert.

### Anweisungen zur Identitätsprüfung des Antragstellers

- Wenn Sie „**Versicherungsnehmer**“ sind, füllen Sie bitte folgende Angaben aus: **Name, Adresse, Versicherungsnummer, Datum des Versicherungsbeginns, + im Falle einer KFZ-Haftpflichtversicherung: Fahrgestellnummer**
- Wenn Sie „**eine am Versicherungsfall beteiligte Person sind**“, tragen Sie bitte folgende Daten ein: **Name, Nummer des Versicherungsfalls oder anderer eindeutiger Identifikator, Datum des Ereignisses**
- Wenn Sie eine „**Person sind, die eine Zustimmung für Marketingzwecke erteilt hat**“, geben Sie bitte folgende Daten ein: **Name oder E-Mail-Adresse**
- Wenn Sie „**Verkäufer oder dessen Mitarbeiter**“ sind, füllen Sie bitte folgende Details aus: **Name der Person, Name des Verkäufers**
- Wenn Sie „**Vermittler oder dessen gebundener Agent**“ sind, füllen Sie bitte diese Details aus: **Name der Person, E-Mail-Adresse (verwendet als Login zu IPUS), Name des Vermittlers (Firma)**
- Wenn Sie „**Mitarbeiter (inkl. ehemaliger)**“ sind, geben Sie bitte folgende Daten ein: **Name, Personalnummer oder Vertragsdetails**
- Wenn Sie „**Stellenbewerber**“ sind, füllen Sie bitte diese Details aus: **Name, Details zur Bewerbung (wann, für welche Stelle, etc.)**

**Wichtig** – wenn die Anfrage sensible Daten (Gesundheits- und/oder finanzielle Angaben) enthält - können wir nur eine der folgenden Authentifizierungsmethoden akzeptieren: a) Nur eine schriftliche Anfrage mit notariell beglaubigter Unterschrift, oder elektronisch mittels Databox.

Wenn Sie eine „**autorisierte Person**“ des Datensubjekts sind, senden Sie uns bitte eine Erklärung:  
Ich bestätige, dass ich gesetzlich befugt bin, im Auftrag der betroffenen Person zu handeln. Mir ist bekannt, dass Axa Assistance verpflichtet ist, meinen Identitätsnachweis zu prüfen, und es kann erforderlich sein, weitere Informationen einzuholen, um dieser Aufforderung zur Einreichung von Anträgen nachzukommen.

Bitte bei Versand mittels Post ausfüllen:

Ort:	Datum:
Unterschrift:	

### Weitere Informationen

In allen Fällen wird Ihre Beschwerde innerhalb einer maximalen Frist von 30 (dreißig) Tagen bearbeitet. Die Frist beginnt mit dem Datum des Eingangs Ihrer Beschwerde. Der Nachweis über den Erhalt Ihrer Beschwerde wird Ihnen innerhalb von 24 (vierundzwanzig) Stunden nach der Übermittlung der Beschwerde zugesandt.

AXA Assistance sind Ihre personenbezogenen Daten und die ordnungsgemäße Ausübung Ihrer Rechte sehr wichtig. Zögern Sie nicht, sich mit uns in Verbindung zu setzen, falls Sie weitere Unterstützung in dieser Angelegenheit benötigen.

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an [ochraudaju@axa-assistance.cz](mailto:ochraudaju@axa-assistance.cz),**  
oder per Post an AXA ASSISTANCE, Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00, Ostrava, Tschechische Republik