

Schadenanzeige zur Reise-Rücktritt-Versicherung



UNION Versicherungsdienst GmbH • Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold • Telefon +49 5231 603-0 • Telefax +49 5231 603-197

| | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Schadennummer: | | Kundennummer: | | VB-Nr.: | |
| <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Erstmeldung. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Schaden wurde bereits am _____ gemeldet. | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> telefonisch | <input type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> per Telefax | <input type="checkbox"/> per E-Mail |
| Versicherungsnehmer: Titel, Vor- und Zuname | | | | Anschrift | |
| Kontaktdaten (Telefon, Telefax, E-Mail) | | | | | |
| Versicherte Person | | | | | |
| Versicherungsscheinnummer | | Schadentag | Uhrzeit | festgestellt am | Geschätzte Schadenhöhe: EUR |
| 1. Antrag auf Stornierung wurde gestellt am: _____ | | | | | |
| (Es muss unverzüglich storniert werden, wenn nach allgemeiner Lebenserfahrung als objektiven Maßstäben nicht verlässlich mit der planmäßigen Durchführung der Reise gerechnet werden kann.) | | | | | |
| 2. a) Der Reisepreis bzw. Mietpreis der Unterkunft beträgt: | | _____ | EUR | } (ohne Prämie für die Reise-Rücktrittskosten-Versicherung, Telefon-, Visagebühren und sonstige Kosten) | |
| b) Die Stornokosten belaufen sich auf _____ % des Reisepreises: | | _____ | EUR | | |
| 3. a) Welches Ereignis veranlasste Sie, die Reise-Rücktrittskosten-Versicherung in Anspruch zu nehmen (Krankheit, Tod, Unfall, Sachschaden)? _____ | | | | | |
| b) Wann ist dieses Ereignis eingetreten? _____ | | | | | |
| c) Wer wurde von diesem Ereignis betroffen? (Name, Verwandtschaftsgrad) _____ | | | | | |
| 4. Ist der Versicherungsfall von einer fremden Person schuldhaft verursacht worden? <input type="checkbox"/> ja, Anschrift: _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| 5. Reichen Sie bitte die folgenden Unterlagen ein: | | | | | |
| 1) a) ärztliches Attest mit Diagnose b) im Todesfall die Sterbeurkunde | | 3) Stornokostenrechnung | | | |
| 2) Reiseanmeldung und Buchungsbestätigung | | 4) ggf. Mietvertrag für Ferienhaus/-wohnung | | | |
| 6. Bankverbindung (bitte stets angeben): Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen: | | | | | |
| Zahlungsempfänger: Name, Anschrift | | | | | |
| IBAN | | | BIC | | |
| Kreditinstitut | | | Kontoinhaber | | |

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Datenschutzerklärung und Information nach Artikel 13 und 14 DS-GVO ist als Anlage beigefügt und Bestandteil dieser Schadenanzeige.

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers

Einwilligungserklärung für _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass Sie in Ihrer Funktion als Versicherungsmakler die von mir in dieser Schadenanzeige und etwaige künftige zu dieser Schadenanzeige mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeiten und an den Versicherer zur Schadenbearbeitung weiterleiten. Es steht mir frei, diese Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft unter Ihrer Adresse

_____ zu widerrufen. Mir ist bewusst, dass Ihnen die für mich zu erbringenden Dienstleistungen ohne meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten nicht möglich ist und Sie mich bei der Geltendmachung meiner Ansprüche gegenüber dem Versicherer nicht mehr unterstützen können. In diesem Fall besteht für mich die Möglichkeit, meinen Schaden gegenüber dem Versicherer geltend zu machen und die zur Schadenbearbeitung erforderlichen Unterlagen an diesen zu übermitteln.

Ort/Datum

Unterschrift der Reiseteilnehmenden bzw. der erkrankten/verunfallten Person

**Union Reiseversicherung
Reiseservice
66087 Saarbrücken**

Ärztliche Bescheinigung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Falls Sie über eine Kreditkarte versichert sind:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Kreditkarten-Nummer | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hinweis: Bitte geben Sie nur die ersten 6 und die letzten 4 Stellen der Kreditkartennummer an. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Versicherungsnummer (falls vorhanden) | | | | | | | | | | | | | | | |

A – Allgemeine Angaben zur erkrankten / verunfallten Person

| | | | |
|---------------------|---------|---------------------------------|--|
| Name / Vorname | | Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr) | |
| Straße / Hausnummer | | | |
| Länderkennung / PLZ | Wohnort | | |

B – Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Union Reiseversicherung AG

Ich willige ein, dass die Union Reiseversicherung AG, die im Rahmen dieses Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass die Union Reiseversicherung AG 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 Union Reiseversicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für die Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I (Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht):

Ich willige ein, dass die Union Reiseversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonal 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 den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die Union Reiseversicherung AG 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 (Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall):

- Ich wünsche, dass mich die Unionreiseversicherung AG 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 den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Union Reiseversicherung AG einwillige
 - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.
- Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung ein, wie im Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Union Reiseversicherung AG

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die URV 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 URV meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die URV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die URV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die URV 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 Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergeben, benötigen die URV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die URV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die URV erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Dienstleisterliste kann im Internet unter <https://www.urv.de/content/privatkunden/ueber-uns/datenschutz/> eingesehen oder über datenschutz@vkb.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die URV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die URV meine Gesundheitsdaten an die von 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 URV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Erklärungen für mitversicherte Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Mir ist bekannt, dass es zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann, wenn ich die genannten Erklärungen nicht abgebe.

Ort, Datum und Unterschrift der erkrankten / verunfallten Person

| |
|--|
| |
|--|

C – Vom Arzt auszufüllen:

1. Zur erkrankten / verunfallten Person

| | | | |
|---------------------|----------------------|---------------------------------|---|
| Name / Vorname | | Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr) | |
| Straße / Hausnummer | | | |
| Länderkennung / PLZ | Wohnort | | |
| Buchungsdatum | (Tag / Monat / Jahr) | Reisezeit von | (Tag / Monat / Jahr) bis (Tag / Monat / Jahr) |

2. Welche Krankheit oder Verletzung führte zur Reiseabsage? (Bitte mit Angabe des ICD10-Codes)

| | |
|----------|------------|
| Diagnose | ICD10-Code |
|----------|------------|

3. Behandlungsverlauf

| | |
|---|----------------------|
| 3.1. Wann erkrankte der Patient / die Patientin? Wann war der Unfall? | (Tag / Monat / Jahr) |
| 3.2. Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden / Symptome, die zu dieser Diagnose führten? | (Tag / Monat / Jahr) |

3.3. Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben.)

3.4. Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung Behandlungen zu o.g. Diagnose stattgefunden?

Nein Ja

Wenn „ja“, wann?

3.5. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise?

Nein Ja

Wurden Sie vom Patienten danach gefragt?

Nein Ja

3.6. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit?

Nein Ja

War zu diesem Zeitpunkt mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen?

Nein Ja

Wann haben Sie dem Patienten von der Reise abgeraten? Bitte geben Sie das Datum an.

 (Tag / Monat / Jahr)

4. Therapiemaßnahmen

4.1. Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?

4.2. Welche Untersuchungen wurden an den jeweiligen Behandlungsdaten durchgeführt?

4.3. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Nein Ja

Behandlungszeit von

 (Tag / Monat / Jahr)

bis

 (Tag / Monat / Jahr)

Bitte schicken Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes mit.

4.4. Bestand Arbeitsunfähigkeit?

Nein Ja

Arbeitsunfähigkeit von

 (Tag / Monat / Jahr)

bis

 (Tag / Monat / Jahr)

Wenn nein, aus welchem Grund wurde keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt?

4.5. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?

Nein Ja

Name und Adresse des Facharztes

5. Vorerkrankungen

5.1. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Nein Ja

Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose der Vorerkrankungen (bitte mit Angabe des ICD10-Codes):

Diagnose

ICD10-Code

5.2. Hat sich die bestehende Erkrankung unerwartet verschlechtert?

Nein Ja

Wenn ja, wann?

Wie hat sich dies geäußert (neue Diagnosen)?

Diagnosen

6. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft

6.1. Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

 (Tag / Monat / Jahr)

Schwangerschaftswoche

6.2. Wann sind Komplikationen aufgetreten?

 (Tag / Monat / Jahr)

Welche?

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Datenschutzerklärung und Information gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO

Allgemeines

Wir messen dem Schutz Ihrer Privatsphäre höchste Bedeutung bei und halten uns bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten streng an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Bitte leiten Sie diese Information auch an die aktuellen und künftigen vertretungsberechtigten Personen und eventuell mitversicherte Personen weiter.

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

UNION Versicherungsdienst GmbH
Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold
Telefon +49 5231 603-0
Telefax +49 5231 603-197
E-Mail info@union-paritaet.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

UNION Versicherungsdienst GmbH
Datenschutzbeauftragter
Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold
Telefon +49 5231 603-6129
Telefax +49 5231 603-606129
E-Mail dsb@union-paritaet.de

Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen, sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung

Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen. Dazu gehören insbesondere die Vermittlung von Versicherungsdienstleistungen und die damit verbundenen Deckungsanfragen, Vertragsabschlüsse, Vertragsverwaltung und Abwicklung von Schadenfällen. Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b. DS-GVO.

Soweit wir Ihre personenbezogenen Daten nicht direkt bei Ihnen erhoben haben (beispielsweise im Zusammenhang mit der Abwicklung von Schadenfällen), ergibt sich die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung aus Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO, dem berechtigten Interesse von uns oder von Dritten. Das berechtigte Interesse besteht darin, unseren Kunden im Zusammenhang mit einem Schadenfall und in allen damit verbundenen versicherungsrechtlichen Angelegenheiten effizient zu begleiten. Ohne diese Datenverarbeitung kann eine Abwicklung von Schadenfällen nicht oder nur erschwert erfolgen.

Im Falle der Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten erfolgt diese Verarbeitung ausschließlich aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. Die Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ergibt sich aus Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO.

Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen.

Für die Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen werden unterschiedliche Kategorien von personenbezogenen Daten verarbeitet. Beispiele hierfür sind Name, Anschrift, Bankverbindung, Kommunikationsdaten, Versicherungsvertragsnummern etc.

Besondere Kategorien personenbezogener Daten werden nur mit Ihrer Einwilligung verarbeitet. Dabei handelt es sich unter anderem um Gesundheitsdaten.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte erfolgt ausschließlich aufgrund Ihrer erteilten Einwilligung oder aufgrund eines gesetzlichen Erlaubnistatbestandes. Unsere Mitarbeitenden sind darüber hinaus zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze verpflichtet.

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an auskunftsberechtigte staatliche Institutionen und Behörden erfolgt nur im Rahmen der einschlägigen Gesetze oder wenn wir hierzu aufgrund einer behördlichen oder gerichtlichen Entscheidung verpflichtet sind.

Insbesondere im Rahmen von Deckungsanfragen, Vertragsabschlüssen, Vertragsverwaltungen und Abwicklungen von Leistungs- und Schadenfällen kann es erforderlich sein, Ihre Daten an andere Stellen weiterzugeben oder von diesen zu empfangen. Hierbei handelt es sich um:

- Versicherer
- Rückversicherer
- Versicherungsvermittler
- technische Dienstleister
- Sozialversicherungsträger
- Finanzdienstleistungsinstitute
- Rechtsanwälte
- Gutachter

Zur technischen Durchführung der Maklerdienstleistungen haben wir die Ecclesia Holding GmbH im Rahmen eines Vertrages zur Auftragsverarbeitung beauftragt, Ihre personenbezogenen Daten in unserem Auftrag zu verarbeiten.

Ihre Sicherheit

Wir schützen Ihre Daten durch technische und organisatorische Maßnahmen vor unberechtigtem Zugriff, Verlust, Manipulation oder Zerstörung. Unsere Sicherheitsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung stetig aktualisiert.

Dauer der Speicherung

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen und den damit verbundenen gesetzlichen Pflichten gespeichert. Sofern Ihre personenbezogenen Daten für diesen Zweck nicht mehr erforderlich sind, werden sie automatisch gelöscht.

Zu unseren Maklerdienstleistungen und den damit verbundenen gesetzlichen Pflichten gehören insbesondere die Aufbewahrung von Dokumenten und Informationen im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (bis zu zehn Jahre) sowie der Nachweis einer ordnungsgemäßen Beratung und Vertragserfüllung (gemäß den gesetzlichen Verjährungsfristen bis zu 30 Jahre).

Betroffenenrechte

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die zu Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten. Sie haben darüber hinaus gemäß der Artikel 16 bis 20 DS-GVO das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, das Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie das Recht auf Datenübertragung.

Recht auf Widerruf der Einwilligung

Sie haben jederzeit das Recht, eine erteilte Einwilligung zu widerrufen. Der Widerruf gilt mit sofortiger Wirkung für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund einer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen werden durch den Widerruf nicht berührt.

Beschwerderecht

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DS-GVO verstößt, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Daher ist es erforderlich, dass Sie personenbezogene Daten preisgeben.

In bestimmten Fällen, beispielsweise im Schadenfall, kann es sich um freiwillige Informationen handeln. Wo dies der Fall ist, weisen wir Sie entsprechend darauf hin. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die Ihnen mitgeteilten Zwecke verarbeitet.

Quellen, aus denen Ihre personenbezogenen Daten stammen

Soweit wir Ihre personenbezogenen Daten nicht direkt bei Ihnen erhoben haben, stammen diese Daten aus folgenden Quellen:

- Mitteilung unserer Kunden
- Versicherer
- Rückversicherer
- Versicherungsvermittler
- Sozialversicherungsträger
- Rechtsanwälte
- Gutachter
- öffentlich zugängliche Quellen (z. B. amtliche Register, Adressverzeichnisse, Internet)

Fragen, Anregungen, Beschwerden

Wenn Sie weitergehende Fragen zu den Hinweisen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten haben, können Sie sich an uns oder direkt an unseren Datenschutzbeauftragten unter Verwendung der oben angegebenen Kontaktdaten wenden.