

Unfallanzeige

Schadensnummer _____

Versicherungsscheinnummer _____

Die folgenden Fragen sind vom Verletzten bzw. von den Hinterbliebenen **vollständig** und **wahrheitsgemäß** zu beantworten. Striche oder sonstige Zeichen genügen nicht.

per FAX an 03774 1500-11 oder per E-Mail an schaden@sachpool.de

Fragen der Gesellschaft	Antwort des Verletzten bzw. seiner Hinterbliebenen
1 Angaben zur Person des Verletzten	
a) Wer erlitt den Unfall	a) Name _____ Vorname _____
b) Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	b) Anschrift _____
c) Geburtsdatum, Familienstand, Telefon	c) geb. am _____ Familienstand _____ Telefon _____
d) Welchen Beruf übte der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles aus?	d) Beruf _____
2 Angaben zum Unfallhergang <small>(Bitte beachten Sie hierzu Blatt 3)</small>	
a) Wann ereignete sich der Unfall?	a) am _____ 20 _____, um _____ Uhr (24h-Zeit)
b) Handelt es sich um einen Arbeits- oder Freizeitunfall?	b) _____
c) Wo ereignete sich der Unfall? <small>(Genauere Ortsangabe, evtl. Anschrift des Betriebes)</small>	c) _____
d) Wie ereignete sich der Unfall und warum ? Schildern Sie bitte das Unfallereignis genau und geben Sie auch seine Ursache an. (Falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt verwenden)	d) _____
e) Nahm der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welcher Art und in welcher Menge?	e) _____
f) Wurde eine Blutprobe entnommen? Welcher Blutalkoholgehalt (in ‰) wurde festgestellt?	f) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein; Blutalkoholgehalt _____
g) Führte der Verletzte bei Eintritt des Unfalls ein Fahrzeug? Welcher Art? Amtl. Kennzeichen?	g) _____
h) Besaß er den erforderlichen Führerschein?	h) _____
i) Welche Personen waren Zeugen des Unfalls?	i) _____
j) Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	j) _____ Tagebuch-Nr.: _____
k) Welche Staatsanwaltschaft hat Ermittlungen angestellt?	k) _____ Aktenzeichen: _____
3 Angaben zu den Unfallfolgen	
a) Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten? (Art, Körperteil, Sinnesorgan)	a) _____
b) Wann und von welchem Arzt wurde er deswegen zum ersten Mal behandelt?	b) Datum _____ Uhrzeit _____ Name des Arztes _____ Anschrift _____
c) Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus: Wann erfolgte die Aufnahme bzw. die Entlassung?	c) Aufnahmetag _____ Entlassungstag _____ Name der Klinik _____
d) Ist die ärztliche Behandlung bereits abgeschlossen? Wenn ja, seit wann?	d) _____

per FAX an 03774 1500-11 oder per E-Mail an schaden@der-sachpool.de

4 Angaben zum Gesundheitszustand vor dem Unfall

- a) War der Versicherte **vor dem Unfall** gesund? a) _____
- b) War er **vor dem Unfall** voll arbeitsfähig? b) _____
- c) War er im Gebrauch seiner Gliedmaßen oder Sinnesorgane beeinträchtigt? Inwiefern? c) _____
- d) Welche sonstigen Krankheiten oder Gebrechen lagen vor? d) _____
- e) War er geisteskrank, litt er an Epilepsie oder an einem schweren Nervenleiden? Genaue Bezeichnung der Erkrankung angeben! e) _____
- f) War er infolge Krankheiten und/oder Gebrechen dauern erwerbsunfähig bzw. pflegebedürftig? Seit wann bestand **welcher** Pflegegrad? f) Seit _____ Pflegegrad _____
- g) Von welchen Ärzten wurde der Versicherte in den letzten 5 Jahren behandelt? **Wann und warum?** g) Name _____
Anschrift _____
- h) Bezog der Versicherte eine Rente? Wenn ja, welcher Art? Seit wann? Von wem? (LVA/BfA/Berufgenossenschaft) h) Art der Rente (EU-Rente/BU-Rente usw.) _____
Seit _____ von _____
Wegen welcher Leiden oder Gebrechen? wegen _____
- i) Erlitt der Versicherte schon früher Unfälle? Wenn ja, wann und mit welchen Verletzungen? i) _____
- j) Sind die Unfälle bei uns gemeldet? Ja Nein; Aktenzeichen _____

5 Angaben zum Versicherungsvertrag

- a) Aus welchen Versicherungsverträgen wird anlässlich des Unfalls eine Entschädigung beansprucht? (Bitte vollständige Versicherungs-Nr. angeben!) a) Vers.-Schein-Nr.: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____
- b) Waren bei **Eintritt des Unfalls** die Beiträge laufend gezahlt? b) zu 1. _____ zu 2. _____ zu 3. _____
- c) Bestand ein Beitragsrückstand? Seit wann? c) zu 1. _____ zu 2. _____ zu 3. _____

6 Angaben zu anderen Versicherungen

- a) Bei welchen **anderen Gesellschaften** ist der Verunglückte sonst noch gegen **Unfälle** versichert? a) Name und Anschrift der Gesellschaft _____
Vers.-Schein-Nr. _____
 Ja Nein; Aktenzeichen _____
- Ist der Unfall dort gemeldet? Ja Nein; Aktenzeichen _____
- b) Welcher **Berufgenossenschaft** gehört der Verunglückte an? (Genaue Anschrift) b) _____
Ist der Unfall dort gemeldet? Ja Nein; Aktenzeichen _____
- c) Welcher **Krankenkasse** gehört der Verletzte an? (Genaue Anschrift) c) _____

7 Zahlung der Leistung

Auf welches Bank- oder Postgirokonto soll eine evtl. Leistung überwiesen werden?

IBAN DE _____

BIC _____

Bank/Sparkasse/Postgiroamt _____

Kontoinhaber _____

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Seiten aufmerksam zu lesen und dann zu unterschreiben.

Bitte beachten Sie unbedingt die folgenden Hinweise, damit Sie keine rechtlichen Nachteile erleiden:

1. Invaliditätsleistung / Unfall-Rente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 36 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Diese Frist kann je nach Bedingungsmerk abweichen. Bitte sehen Sie sich daher Ihr aktuelles Bedingungsmerk an.

2. Übergangsleistung

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 % beeinträchtigt ist und
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

3. Neubemessung der Invalidität

Sobald der Versicherte sich erklärt hat, ob und in welcher Höhe er einen Invaliditätsanspruch annimmt, sind Sie berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss vom Versicherungsnehmer vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

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

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen.

Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n)

ab, der/die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

X

Unterschrift versicherte Person bzw.
Bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift SACHPOOL

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Stuttgarter Versicherung AG („Stuttgarter“) die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, 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 Stuttgarter benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch („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:

Ich willige ein, dass die Stuttgarter - 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 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 Stellung des Versicherungsantrags an die Stuttgarter übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Stuttgarter an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die Stuttgarter 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.

oder

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Stuttgarter 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 Stuttgarter einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Stuttgarter einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Folgender Absatz gilt nur für Verträge, bei denen bei der Antragsstellung eine Risikoprüfung durchgeführt worden ist:

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Stuttgarter konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 1. - Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder - wenn diese abweichend bestimmt sind - auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Stuttgarter benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Stuttgarter 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 Stuttgarter zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die Stuttgarter tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

X

Unterschrift versicherte Person bzw.
Bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift SACHPOOL

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung & Schweigepflichtentbindung

von

Kunde

Vorname Name Straße, Hausnummer

Geburtsdatum, Geburtsort ggf. Geburtsname

Firma PLZ, Ort

1. Überblick und Inhalt dieser Erklärung

Sie wünschen im Rahmen Ihres Maklerauftrages durch den Makler

Vorname Name Straße, Hausnummer

Firma PLZ, Ort

die Vermittlung eines Versicherungsvertrags und / oder einer Finanzanlage, jeweils samt dazugehöriger Beratung (im Folgenden kurz nur „Vermittlung“) und / oder die Betreuung und Verwaltung von bereits bestehenden Vertragsverhältnissen. Dazu werden Ihre von Ihnen im Rahmen von Datenaufnahmen, Beratungsdokumentationen, Vertragsantrag oder –abschluss sowie der Vertragsbetreuung angegebenen personenbezogenen Daten benötigt (im Folgenden kurz: „Daten“).

Die damit verbundene Erhebung und Verwendung Ihrer Daten ist zum Teil per gesetzlicher Erlaubnis gestattet, etwa soweit zur Erfüllung des Vertrags mit Ihnen erforderlich. Für besondere Arten personenbezogener Daten – etwa Ihre Gesundheitsdaten betreffend – verlangt das Gesetz die Erteilung einer zusätzlichen datenschutzrechtlichen Einwilligung. Darüber hinaus benötigen Produkthanbieter von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherungen für ihre Mitarbeiter eine Entbindung von der Schweigepflicht, damit diese Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützten Daten an andere Stellen, wie etwa Maklerpools (vgl. dazu nachfolgende Ziffer 2.e und 2.f.), übermitteln dürfen. Die Erteilung der Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung sind Gegenstand des hiesigen Dokuments, das zudem Ihrer datenschutzrechtlichen Information dient.

Soweit Informationen in diesem Dokument enthalten sind, dienen diese dazu, Ihnen den Inhalt und die Reichweite der nachfolgenden Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung transparent zu machen. Ihrer Informationspflichten kommen der Makler und der Maklerpool durch beiliegende Datenschutzhinweise nach.

2. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

a. Gesundheitsdaten

Information für Sie: Ihre Daten werden vom Makler im Rahmen Ihres Vermittlungsauftrages zur vertragsbezogenen Beratung und Bearbeitung erhoben, verarbeitet und genutzt sowie vom Makler zu diesem Zweck an von ihm angefragte Produkthanbieter (wie z. B. Versicherungsunternehmen, Investmentgesellschaften, Initiatoren für geschlossene Fonds, Banken, Bausparkassen) übermittelt und von diesen zur Antragsprüfung gespeichert und genutzt. Soweit Gegenstand eines Auftrags von Ihnen an den Makler, können vom Makler zur Betreuung bereits zwischen Ihnen und Produkthanbietern bestehender Verträge ebenfalls Daten von Ihnen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ihre zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung hinsichtlich Ihrer Gesundheitsdaten:

Hinsichtlich meiner von mir für die beauftragte Vermittlung einer Versicherung angegebenen Gesundheitsdaten willige ich ein, dass der Makler und die von ihm angefragten Produkthanbieter die von mir in meinem Antrag oder meiner Voranfrage genannten und zukünftig von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten (insbesondere auch speichern und übermitteln) sowie nutzen dürfen, soweit dies jeweils zur Beratung, Vermittlung und Prüfung meines Antrages oder meiner Voranfrage sowie zur Betreuung meiner Verträge erforderlich ist. Soweit ich den Makler mit der Betreuung von schon bestehenden Verträgen beauftragt habe, erstreckt sich meine vorstehende Einwilligung auch auf die zu diesen Verträgen gehörenden Gesundheitsdaten.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung & Schweigepflichtentbindung

b. **Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) - Risikoprüfung**

Information für Sie: Ein Versicherer führt 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 überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe, der der Versicherer angehört oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt ein Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Versicherer führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den jeweiligen Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet auf der Website des gewählten Versicherers eingesehen oder bei diesem angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen Versicherer Ihre Einwilligung.

Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung hierzu:

Ich willige ein, dass die jeweils angefragten Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherer dies tun dürften. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe, der der jeweilige Versicherer angehört und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

c. **Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Information für Sie: Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der jeweils angefragte Versicherer 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 machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Ihre Voranfrage 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 den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko 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 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 den Versicherer unterrichtet.

Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung hierzu:

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

d. **Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Information für Sie: Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung hierzu:

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung & Schweigepflichtentbindung

e. **Einschaltung von Maklerpools**

Information für Sie: Um Ihnen möglichst viele Vergleichsmöglichkeiten und Tarife möglichst vieler Anbieter anbieten zu können, kann es sein, dass sich der Makler der Unterstützung eines sog. Maklerpools bedient.

Maklerpools unterstützen angeschlossene Makler bei der Anbahnung von Verträgen, insbesondere der Einholung von Vergleichstarifen und -angeboten, aber auch bei einer etwaigen Begründung und der Durchführung von Verträgen zwischen Kunden (wie Ihnen) und Produkthanbietern (wie z. B. Versicherungsunternehmen, Investmentgesellschaften, Initiatoren für geschlossene Fonds, Banken, Bausparkassen) sowie bei der Kommunikation mit den Produkthanbietern. Im Falle der Einschaltung eines Maklerpools erhält dieser – wie der Makler selbst - die auf die jeweilige Voranfrage, den jeweiligen Antrag sowie ggf. nachfolgenden Vertrag und die auf die Durchführung des Vertrages bezogenen personenbezogenen Daten von Ihnen inkl. etwaiger Gesundheitsdaten, etwa bei Krankenversicherungs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungsverträgen.

Die Vermittlung eines Vertrages und dessen anschließende Betreuung bzw. die Betreuung bereits bestehender Verträge durch Ihren Makler erfolgt sodann mit der Unterstützung eines konkreten Maklerpools. Soweit der Makler den Maklerpool wechseln sollte, wäre es erforderlich, die betreuten Verträge inklusive der dazu gehörenden Daten, auch Gesundheitsdaten, auf den neuen Maklerpool zu übertragen.

Es kommen insofern für den Makler insbesondere folgende Maklerpools in Betracht:

Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung dazu:

Ich willige ein, dass der Makler betreffs der von mir beauftragten Vermittlung und/oder Betreuung sich der im Einzelnen zuvor genannten Unterstützung eines Maklerpools bedient und diesem dazu die von mir in meinem Antrag und zukünftig von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten, auch meine Gesundheitsdaten, übermitteln darf. Dieser Maklerpool darf die übermittelten Daten dazu sowie zur damit verbundenen Kommunikation mit den jeweiligen Produkthanbietern verwenden. Zudem willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten, auch meine Gesundheitsdaten, bei einem Maklerpoolwechsel zum neuen Maklerpool übermittelt und in der Folge von diesem zu vorgenannten Zwecken verwendet werden dürfen.

f. **Informationsfluss vom Produkthanbieter an Ihren Makler und an den eingeschalteten Maklerpool**

Information für Sie: Kommt aufgrund der Vermittlung des Maklers mit einem Produkthanbieter eine Vertragsbeziehung zwischen dem Produkthanbieter und Ihnen zustande und / oder übernimmt der Makler die Betreuung eines bereits bestehenden Vertrags, benötigt der Makler sowie der von ihm jeweils eingeschaltete Maklerpool zum Zwecke der Betreuung des jeweiligen Vertrages von dem Produkthanbieter verschiedene hierfür nötige Daten von Ihnen - einschließlich solcher, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen (z.B. zum Inhalt des Vertrages, Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken etc.). Dazu können auch nach § 203 StGB geschützte Daten gehören. Zur Begründung der Vertragsbeziehung kann eine entsprechende Rückinformation auch bereits vor Vertragsabschluss erfolgen.

Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung dazu:

Ich willige ein, dass der Makler sowie ein von ihm eingeschalteter Maklerpool von den Produkthanbietern, mit denen ich durch die Vermittlung des Maklers eine Vertragsbeziehung habe, jeweils die zum Zweck der Betreuung meines Vertrages erforderlichen Daten, auch diesbezügliche Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, erhalten und die Daten jeweils zu diesem Zweck verarbeiten und nutzen dürfen. Zugleich entbinde ich die wegen eines Vertragsabschlusses angefragten bzw. die vertragsführenden Produkthanbieter von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht. Meine vorstehende Einwilligung erstreckt sich auch auf Daten von bereits bestehenden Verträgen, die von dem Makler auftragsgemäß zur Betreuung übernommen wurden.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung & Schweigepflichtentbindung

g. Datenweitergabe an den Nachfolger Ihres Maklers

Information für Sie: Damit im Falle der Veräußerung des Unternehmens des Maklers an einen Nachfolger Ihr Vertrag durch den Nachfolger lückenlos weiterbetreut werden kann, benötigt der Nachfolger Zugriff auf Ihre Daten inklusive etwaiger von Ihnen angegebener Gesundheitsdaten. Vor einer solchen Übertragung wird der Makler Sie darüber sowie über den Rechtsnachfolger gesondert und ausdrücklich informieren. Sie haben sodann die Möglichkeit, der Übertragung zu widersprechen.

Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung dazu:

Ich willige ein, dass der Makler im Falle der Veräußerung seines Unternehmens meine ihm von mir bekanntgegebenen oder von den Produkthanbietern erhaltenen Daten inkl. meiner Gesundheitsdaten an den Rechtsnachfolger weitergeben und dieser die Daten zum Zwecke der Betreuung meiner Verträge und zu meiner Beratung verwenden darf, soweit ich nach entsprechender vorheriger Information nicht zuvor widersprochen habe.

Die Erteilung Ihrer Einwilligung ist freiwillig. Sie können eine erteilte Einwilligung / Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, sowie ebenso einzelne der obigen Einwilligungspassagen streichen. Wenn das Vorliegen einer Einwilligung allerdings Voraussetzung dafür ist, dass der Makler den von Ihnen erteilten Auftrag erfüllen kann, kann unter Umständen eine Einschränkung der Maklerleistungen oder sogar Beendigung des Maklervertrags die Folge sein. Diese Folge kann sich z.B. ergeben, wenn sich der Makler nicht mehr der Unterstützung eines Maklerpools bedienen oder keine Anfragen mehr bei Produkthanbietern tätigen kann.

Mit der folgenden Unterschrift erteilen Sie ausdrücklich Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung, wie vorstehend im Detail beschrieben.

Ort, Datum

X

Unterschrift Kunde

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, soweit Kunde noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat:

Ort, Datum

X

Unterschrift gesetzlicher Vertreter des Kunden
de(r/s) Kund(in/en)