

# Schadenanzeige zur Unfallversicherung



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

## Bitte die Schadenanzeige zu jedem Schadenfall einfach beim ejw einreichen (nicht direkt bei der Ecclesia)!

|                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                               |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Unsere Schadennummer:                                                                                                                                                                                                       |         | Kundennummer: 0013010568                                      |                                              |
| <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Erstmeldung.                                                                                                                                                               |         |                                                               |                                              |
| <input type="checkbox"/> Der Schaden wurde bereits <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> per Telefax <input type="checkbox"/> per E-Mail<br>am _____ gemeldet. |         |                                                               |                                              |
| 1. Versicherungsnehmer<br>Ev. Jugendwerk in Württemberg<br>Haerberlinstr. 1-3<br>705063 Stuttgart                                                                                                                           |         | 2. Örtliche Gruppe (Kirchengemeinde, Verein, Jugendwerk etc.) |                                              |
| Kontaktdaten örtliche Gruppe:                                                                                                                                                                                               |         | ejw-Vermerke:                                                 |                                              |
| Schadentag                                                                                                                                                                                                                  | Uhrzeit | festgestellt am                                               | Versicherungsschein-Nr.:<br>V 90 003 406/608 |
| Unter welcher Vertragsnummer (VLB) oder Adressnummer sind Sie beim ejw unter welchem Namen als versichert registriert?                                                                                                      |         |                                                               |                                              |
| <b>Verletzte Person</b>                                                                                                                                                                                                     |         |                                                               |                                              |
| Name der verletzten Person                                                                                                                                                                                                  |         | Geburtsdatum der verletzten Person                            |                                              |
| Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben)                                                                                                                                                                                  |         | Kontaktdaten                                                  |                                              |
| Anschrift der verletzten Person                                                                                                                                                                                             |         |                                                               |                                              |
| Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters                                                                                                                                                      |         |                                                               |                                              |
| <b>Angaben zum Unfall</b>                                                                                                                                                                                                   |         |                                                               |                                              |
| 1. Unfallort: _____                                                                                                                                                                                                         |         |                                                               |                                              |
| 2. Unfall während:                                                                                                                                                                                                          |         |                                                               |                                              |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten/Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt <input type="checkbox"/> Freizeit                                                            |         |                                                               |                                              |
| <input type="checkbox"/> hauptberuflicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> nebenberuflicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ehrenamtl. Tätigkeit <input type="checkbox"/> Honorartätigkeit                             |         |                                                               |                                              |
| <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst <input type="checkbox"/> Sonstige Personen= _____                                                                                        |         |                                                               |                                              |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Veranstaltung (welche)? _____                                                                                                                                                   |         |                                                               |                                              |
| 3. a) Wurde die gesetzliche Unfallversicherung eingeschaltet?                                                                                                                                                               |         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja     |                                              |
| b) Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbörde wurde der Unfall gemeldet?                                                                                                                               |         | Name, Anschrift, Aktenzeichen: _____                          |                                              |
| 4. Bitte beschreiben Sie den Beruf / die Tätigkeit (s. Pos. 2): _____                                                                                                                                                       |         |                                                               |                                              |
| 5. Für welche Firma / Institution erfolgte die Tätigkeit (s. Pos. 2)? _____                                                                                                                                                 |         |                                                               |                                              |
| 6. Unfall auf dem direkten Zu- oder Abweg zu der Tätigkeit bzw. der Veranstaltung?                                                                                                                                          |         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja     |                                              |
| 7. Verletzte Körperteile / Art der Verletzung? _____                                                                                                                                                                        |         |                                                               |                                              |
| 8. Mögliche Dauerschäden? _____                                                                                                                                                                                             |         |                                                               |                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wichtiger Hinweis:</b> Etwaige Dauerschäden müssen mindestens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb weiterer drei Monate ärztlich festgestellt sowie zusätzlich auch dem Versicherer bzw. uns gemeldet werden. Ein Fristverzug führt zum Erlöschen der Ansprüche. Bitte entnehmen Sie die konkreten Leistungsvoraussetzungen / Fristen aus dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen bzw. Besonderen Bedingungen. |                                                                                |
| <b>9. Ist die verletzte Person gestorben? Bei Unfalltod muss der Versicherer innerhalb von 48 Stunden verständigt werden!</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                      |
| <b>10. Unfallhergang und Unfallursache</b> (aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen):                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                |
| <b>11. a)</b> Welche Person ist bei dem Unfall zugegen gewesen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                |
| <b>b)</b> Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                |
| <b>c)</b> Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                      |
| Anschrift der Dienststelle:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                |
| <b>d)</b> Aktenzeichen und Ort der Staatsanwaltschaft:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Aktenzeichen:      Ort:                                                        |
| <b>e)</b> Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:                     |
| <b>f)</b> Wurde eine Blutprobe entnommen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis:           |
| <b>g)</b> Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wodurch:            |
| <b>h)</b> War die versicherte Person Führer eines Fahrzeuges?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse: |
| War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                      |
| <b>12. a)</b> Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? Wenn ja, wann und welcher Art?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,                     |
| <b>b)</b> Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:           |
| <b>c)</b> Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung? Wodurch und in welchem Grad (%)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,                     |
| <b>13. a)</b> Wann wurde wegen des Unfalles erstmals ein Arzt zu Rate gezogen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ambulant    Datum:      Uhrzeit:                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> stationär    Datum:      Uhrzeit:                     |
| Welche Anordnungen hat er getroffen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                |
| <b>b)</b> Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |
| <b>c)</b> Welche Ärzte oder Krankenhäuser mit Fachabteilungen wurden wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen (Name, Anschrift, Telefon)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |
| Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                |
| <b>d)</b> Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:               |
| <b>14. a)</b> Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |
| <b>b)</b> Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:               |
| <b>c)</b> Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                |

|                                                                                                                                         |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>15. a)</b> Hat die verletzte Person schon früher eine Invaliditäts-entschädigung erhalten?                                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ AZ: _____<br>von (Stelle): _____ |
| <b>b)</b> Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfall-versicherungen? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr.: _____                          |
| <b>c)</b> Bei welcher Krankenversicherung (gesetzlich oder privat) ist die verletzte Person versichert (Name, Anschrift)?               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr.: _____                          |

|                                                                                                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>16. Bankverbindung (bitte stets angeben): Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:</b> |              |
| Zahlungsempfänger: Name, Anschrift                                                              |              |
| IBAN                                                                                            | BIC          |
| Kreditinstitut                                                                                  | Kontoinhaber |

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

##### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer vom Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer ihm jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als der Versicherungsnehmer ihm alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass der Versicherungsnehmer ihm Belege zur Verfügung stellt, soweit es dem Versicherungsnehmer zugemutet werden kann.

##### Leistungsfreiheit

Macht der Versicherungsnehmer entgegen der vertraglichen Vereinbarung vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellt er dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verliert der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößt er grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliert er seinen Anspruch zwar nicht stets vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

Trotz Verletzung der Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als der Versicherungsnehmer nachweist, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Verletzt der Versicherungsnehmer die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zu Leistung frei.

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der örtlichen Gruppe (Kirchengemeinde, Verein, Jugendwerk etc.)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers

## Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Schadentag:                         |  |
| Verletzte Person:                   |  |
| Geburtsdatum der verletzten Person: |  |
| Schadennummer:                      |  |

### Hinweis:

Im Hinblick auf die nachfolgenden Ausführungen sind unter

|                                                                       |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherer:                                                          |                                                                                                      |
| Versicherungsnehmer/versicherte Person:                               | Evangelisches Jugendwerk in<br>Württemberg,<br>Haeberlinstraße 1-3,<br>70563 Stuttgart, Deutschland  |
| Versicherungsmakler des Versicherungsnehmers/der versicherten Person: | Ecclesia Versicherungsdienst GmbH<br>Ecclesiastr.1-4<br>32758 Detmold<br>widerruf@ecclesia-gruppe.de |

aufzufassen.

### **A. Übertragung von Aufgaben an den Versicherungsmakler zur Schadenbegleitung**

#### **Datenverarbeitung durch den Versicherungsmakler**

Als Versicherungsnehmer/Versicherter führen wir die Bearbeitung des geltend gemachten Schadens, bei der es zu einer Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern haben unseren Versicherungsmakler mit der Schadenbegleitung beauftragt.

Der Versicherungsmakler unterstützt uns im Zusammenhang mit der vom zuständigen Versicherer durchzuführenden Schadenbearbeitung als unser Vertreter und führt hierzu die Kommunikation zwischen uns, dem Versicherer und etwaigen beteiligten Rechtsanwälten, Sozialversicherungsträgern und medizinischen Gutachtern durch und leitet insbesondere die Korrespondenz zwischen den vorgenannten Stellen weiter.

Der Versicherungsmakler klärt hierbei, welcher Versicherer für die Bearbeitung der geltend gemachten Ansprüche zuständig ist und führt eine erste Vorprüfung bezüglich

der Frage des bestehenden Versicherungsschutzes durch. Darüber hinaus prüft der Versicherungsmakler für uns, ob für die Bearbeitung der geltend gemachten Ansprüche weitere Informationen erforderlich und einzuholen sind. Hierdurch wird die weitere Vorgehensweise mit dem Ziel einer schnellen und sachgerechten Bearbeitung der geltend gemachten Ansprüche optimiert. Für diese Schadenbegleitung ist es erforderlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten – insbesondere auch Gesundheitsdaten – an den Versicherungsmakler übermitteln.

Der Versicherungsmakler verarbeitet Ihre Gesundheitsdaten, soweit dies zur Schadenbegleitung der von Ihnen erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Zudem erfolgt eine Rückübermittlung dieser Daten an uns, soweit dies für die Schadenbegleitung durch den Versicherungsmakler erforderlich ist.

Zudem erfolgt die Schadenbegleitung durch den Versicherungsmakler im Zusammenhang mit Ansprüchen, die auf Dritte (wie zum Beispiel auf Ihren Krankenversicherer) übergegangen sind und gegenüber uns geltend gemacht werden.

### **Datenweitergabe durch den Versicherungsmakler**

Zu den schadenbegleitenden Tätigkeiten des Versicherungsmaklers gehört auch die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den hier zuständigen Versicherer, soweit dies zur weiteren Schadenbearbeitung der erhobenen Ansprüche durch diesen erforderlich ist.

Der Versicherungsmakler übermittelt Ihre Gesundheitsdaten zudem an etwaige beteiligte Rechtsanwälte, Sozialversicherungsträger und medizinische Gutachter, die Ihre Daten zweckentsprechend verwenden und diese Daten nach der Bearbeitung an den Versicherungsmakler zurück übermitteln, soweit dies zur Schadenbegleitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist.

### **Datenübermittlung an den Versicherungsmakler**

Im Rahmen der schadenbegleitenden Tätigkeiten für uns, führt der Versicherungsmakler die Korrespondenz zum betreffenden Schadenfall (z. B. zur Aufklärung des Sachverhalts und zur Abstimmung des weiteren außergerichtlichen und gerichtlichen Vorgehens) im erforderlichen Umfang direkt mit dem Versicherer sowie mit den etwaig beteiligten Rechtsanwälten, Sozialversicherungsträgern und medizinischen Gutachtern.

In diesen Fällen werden personenbezogene Daten – insbesondere Gesundheitsdaten – auch von diesen Stellen an den Versicherungsmakler übermittelt und von diesem im Rahmen der schadenbegleitenden Tätigkeiten weiterverarbeitet.

## **B. Einwilligung in die Datenverarbeitung und Entbindung von der Schweigepflicht**

Die Schadenbegleitung durch den Versicherungsmakler führt zu einer Optimierung der Arbeitsprozesse und einer schnelleren und effizienteren Bearbeitung Ihrer geltend gemachten Ansprüche. Der Versicherungsmakler kann aber ohne Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung nicht für uns tätig werden.

Damit der Versicherungsmakler die zur Schadenbegleitung notwendigen Berufsgeheimnisse von uns erhalten kann, benötigen daher die betreffenden bei uns tätigen Berufsgeheimnisträger Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung sowie Ihre Entbindungserklärung von der beruflichen Schweigepflicht.

Mit diesen Erklärungen gegenüber dem Versicherungsmakler sowie gegenüber uns als Versicherungsnehmer/Versichertem ist es uns möglich, dass wir die Sie betreffenden und zur Bearbeitung der geltend gemachten Ansprüche erforderlichen Gesundheitsdaten an den Versicherungsmakler übermitteln und dieser die Schadenbegleitung durchführen kann.

**Sie können Ihre erteilten Einwilligungen gegenüber uns und den vorgenannten Stellen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf Ihrer Einwilligungen wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligungen bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt. Der für Sie einfachste Weg, einen solchen Widerruf zu erteilen, der sich auf alle zuvor erteilten Einwilligungen bezieht, ist die Verwendung der genannten Kontaktdaten (postalische Anschrift oder E-Mail-Adresse) des Versicherungsmaklers. Der Versicherungsmakler informiert uns und die anderen betreffenden Stellen über diesen Widerruf.**

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Schadenbegleitung durch den Versicherungsmakler einverstanden und willigen in die unter Buchstabe A genannten Datenverarbeitungen ein. Zugleich entbinden Sie mit Ihrer Unterschrift die bei uns tätigen Berufsgeheimnisträger von der Schweigepflicht. Gleiches gilt für diejenigen Personen, die unter Buchstabe A genannt sind und einer beruflichen Schweigepflicht unterliegen beziehungsweise diejenigen Personen, die aufgrund ihrer Tätigkeit für eine der unter Buchstabe A genannten Stellen einer beruflichen Schweigepflicht unterliegen.

### **C. Vollmacht und Einwilligungserklärung**

**Hiermit ermächtige ich den Versicherungsmakler, für mich die Korrespondenz und Verhandlungen in oben genanntem Schadenfall mit dem Unfall-Versicherer zu führen, einschließlich der Angaben zur Gesundheit.**

Diese Vollmacht/Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen bleiben rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person  
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern  
einsichtsfähig)

Wenn die verletzte Person gesetzlich vertreten wird:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

# Datenschutzhinweise und Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO für den Schadenfall

## Allgemeines

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns als verantwortliche Stelle und Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht. Den nachfolgenden Ausführungen können Sie entnehmen, welche Kategorien Ihrer personenbezogenen Daten durch uns verarbeitet werden und in welcher Weise die Verarbeitung erfolgt.

## Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold  
Telefon +49 5231 603-0  
Fax +49 5231 603-197  
E-Mail [info@ecclesia.de](mailto:info@ecclesia.de)

## Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH  
Datenschutzbeauftragter  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold  
Telefon +49 5231 603-6129  
Fax +49 5231 603-606129  
E-Mail [dsb@ecclesia.de](mailto:dsb@ecclesia.de)

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

Bei potenziellen Schadenfällen unserer Maklerkunden verarbeiten wir personenbezogene Daten von mitversicherten, geschädigten oder an den Schadenfällen beteiligten Personen nur zum Zweck der Prüfung der gedeckten Risiken und zum Zweck der Schadenbegleitung bezüglich der geltend gemachten Ansprüche. Hierbei werden die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie der weiteren einschlägigen gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz verarbeitet.

Wir verarbeiten zur Erfüllung der zuvor genannten Zwecke (beispielsweise im Zusammenhang mit der Abwicklung von Schadenfällen) Ihre personenbezogenen Daten, die wir bei Ihnen direkt erhoben oder die wir von Dritten erhalten haben. Sofern von dieser Verarbeitung keine besonderen Kategorien personenbezogener Daten gemäß Artikel 9 Absatz 1 DS-GVO (z. B. Gesundheitsdaten) betroffen sind, ergibt sich die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung aus Artikel 6 Absatz 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.

In bestimmten Fällen gibt es die Möglichkeit, Zusatzdienstleistungen im Rahmen der Schadenabwicklung in Ihrem Interesse durch externe Dienstleister durchführen zu lassen. Dies können beispielsweise bei Kfz-Schäden die Vermittlung von geeigneten Werkstätten oder ein Abholservice des beschädigten Kfz sein. In solchen Fällen erfolgt die Weitergabe Ihrer Daten nur aufgrund Ihrer zuvor erteilten Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a DS-GVO.

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 Artikel 9 Absatz 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. Der Umfang der zu verarbeitenden Gesundheitsdaten ist von dem konkreten Schadenfall abhängig und kann daher eine Beschreibung eines Unfallgeschehens und der daraus entstandenen Verletzungen oder im Fall von Arzthaftpflichtfällen die gesamte Patientenakte oder nur Teile davon umfassen.

## 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.

Im Rahmen der Abwicklung von Leistungs- und Schadenfällen kann es erforderlich sein, Ihre Daten an andere Stellen weiterzugeben oder von diesen zu empfangen. Hierbei kann es sich je nach versichertem Risiko und Art des Schadens insbesondere um folgende Stellen handeln:

- Versicherungsnehmer
- verbundene Unternehmen
- Versicherer
- Rückversicherer
- Versicherungsvermittler
- technische Dienstleister/Werkstätten
- Assistancedienstleister
- 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.

Eine Datenübermittlung in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (Drittländer) findet nur statt, soweit dies zur Ausführung unserer Tätigkeit erforderlich ist oder Sie uns Ihre Einwilligung erteilt haben oder dies anderweitig gesetzlich zulässig ist. In diesem Fall ergreifen wir Maßnahmen, um den Schutz Ihrer Daten sicherzustellen. Wir übermitteln Daten ausschließlich an Empfänger, die den Schutz Ihrer Daten nach den Vorschriften der DS-GVO für die Übermittlung an Drittländer (Artikel 44 bis 49 DS-GVO)

## Datenschutzhinweise und Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO für den Schadenfall

sicherstellen. Sofern Drittlandtransfers auf der Grundlage der vorgenannten Normen durchgeführt werden, erhalten Sie auf Nachfrage eine Kopie der geeigneten oder angemessenen Garantien oder eine Information zu den Quellen, wo diese verfügbar sind, unter den oben angegebenen Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten.

### 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 die Daten 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 Widerspruch der Verarbeitung

Nach Artikel 21 Absatz 1 DS-GVO können Sie der aufgrund Artikel 6 Absatz 1 lit. f DS-GVO erfolgenden Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, unter der oben genannten Adresse des Verantwortlichen widersprechen. Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

### 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 Verarbeitung wird 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 bitten wir Sie, die erforderlichen personenbezogenen Daten preiszugeben, damit Ihr gemeldeter Schaden und Ihr geltend gemachter Anspruch bestmöglich abgewickelt werden können. Eine rechtliche oder vertragliche Verpflichtung zur Bereitstellung Ihrer Daten an uns besteht jedoch nicht.

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 personenbezogenen Daten haben, können Sie sich an uns oder direkt an unseren Datenschutzbeauftragten unter Verwendung der oben angegebenen Kontaktdaten wenden.