

# SCHADENANZEIGE

## zur Unfall-Versicherung



Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail: \_\_\_\_\_

- Bitte vollständig ausfüllen! -

 Es handelt sich um eine Erstmeldung Der Schaden wurde bereits  telefonisch  schriftlich  per Telefax  per E-Mail am \_\_\_\_\_ gemeldet

Vers-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_

Schadentag: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

festgestellt am: \_\_\_\_\_

### Verletzte Person

Name, Vorname der verletzten Person \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der verletzten Person \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

### Angaben zum Unfall

1. Unfallort: \_\_\_\_\_

2. Unfall während:

- Kindergarten/Tagesstätte     Schulbesuch     Heimaufenthalt     Freizeit  
 hauptberuflicher Tätigkeit     nebenberuflicher Tätigkeit     ehrenamtlicher Tätigkeit     Honorartätigkeit  
 Beamter     Zivildienstleistender     Sonstige Personen = \_\_\_\_\_  
 Teilnahme an einer Veranstaltung (Welche? \_\_\_\_\_)

3. a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?

a)  nein     ja

b) Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde wurde der Unfall gemeldet?

b) Name/Anschrift/AZ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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?

 nein     ja

7. Verletzte Körperteile/Art der Verletzungen? \_\_\_\_\_

8. Mögliche Dauerschäden? \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:** Etwaige Dauerschäden müssen 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 Leistungsvoraussetzungen/Fristen aus dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen bzw. Besonderen Bedingungen.

9. Ist die verletzte Person verstorben? Bei Unfalltod muss der Versicherer innerhalb von 48 Stunden verständigt werden!

 nein     ja

10. Unfallhergang und Unfallursache (aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf, bitte auf gesondertem Blatt fortführen)

---

---

---

---

---

---

---

---

<p>11. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen?</p> <p>b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?</p> <p>c) Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? Anschrift der Polizeidienststelle?</p> <p>d) Aktenzeichen und Ort der Staatsanwaltschaft?</p> <p>e) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?</p> <p>f) Wurde eine Blutprobe entnommen?</p> <p>g) Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurück zuführen?</p> <p>h) War die versicherte Person Führer eines Fahrzeuges? War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?</p>	<p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____</p> <p>_____</p> <p>d) AZ: _____ Ort: _____</p> <p>e) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____‰</p> <p>g) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wodurch: _____</p> <p>h) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>12. a) Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? Wenn ja, wann und welcher Art?</p> <p>b) Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen ?</p> <p>c) Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung? Wodurch und in welchem Grad (%) ?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____</p>
<p>13. a) Wann wurde wegen des Unfalls erstmals ein Arzt zu Rate gezogen?</p> <p>Welche Anordnungen hat er getroffen?</p> <p>b) Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses?</p> <p>c) 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.</p> <p>d) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> ambulant Datum _____ Uhrzeit _____</p> <p><input type="checkbox"/> stationär vom _____ bis _____</p> <p>_____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>_____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p>
<p>14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?</p> <p>b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?</p> <p>c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?</p>	<p>a) _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p> <p>c) _____</p>
<p>15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Invaliditätsentschädigung erhalten?</p> <p>b) Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift)?</p> <p>c) Bei welcher Krankenversicherung (gesetzlich oder privat) ist die verletzte Person versichert (Name, Anschrift)?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ AZ: _____</p> <p>von (Stelle): _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr. _____</p> <p>_____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr. _____</p> <p>_____</p>
<p>16. Die Versicherungsleistung soll gezahlt werden an? Bankverbindung (bitte stets angeben)</p>	<p>Kontoinhaber: _____</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> <p>Geldinstitut: _____</p>

### 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 Versicherungsnehmer 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 Versicherungsfalls 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 Bestandteil dieser Schadenanzeige.

---

Ort/Datum

---

Ort/Datum

---

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

---

Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Schadentag:	_____
Verletzte Person:	_____
Geburtsdatum:	_____
Schadenummer:	_____

### 1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall kann es erforderlich sein, dass der Versicherer/Makler 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 sie erforderlich ist. Der Versicherer/Makler 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 der Versicherer/Makler – 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 Antragstellung an den Versicherer/Makler übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer/Makler an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer/Makler 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:



*Ich wünsche, dass mich der Versicherer/Makler 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/Makler einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer/Makler einwillige*
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.*

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

*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 den Versicherer/Makler konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.*

## 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer/Makler 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 der Versicherer/Makler 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 den Versicherer/Makler zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer/Makler tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.*

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person

Wenn die verletzte Person gesetzlich vertreten wird:

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

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

**Bitte vergessen Sie nicht, eine der beiden Varianten anzukreuzen.**

# 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

Geerken + Partner GmbH  
Paul-Stritter-Weg 7  
22297 Hamburg  
Telefon +49 (0) 40 52909-60  
Telefax +49 (0) 40 52962-62  
E-Mail [info@geerkenundpartner.de](mailto:info@geerkenundpartner.de)

## Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Geerken + Partner GmbH  
Datenschutzbeauftragter  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold  
Telefon +49 (0) 5231 603-6129  
Telefax +49 (0) 5231 603-606129  
E-Mail [dsb@geerkenundpartner.de](mailto:dsb@geerkenundpartner.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 Schadensfällen 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.