

Leistungsantrag für den Interlloyd Existenz Schutz

Interlloyd

VERSICHERUNGS-AG

erstmalige Meldung zur telefonischen Meldung vom an

Versicherungsnummer

Schadennummer

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Interlloyd Versicherungs-AG
ARAG Platz 1
40472 Düsseldorf

Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

1. Kunde/-in (Versicherungsnehmer/-in)

1.1 Name, Vorname
1.2 Straße
1.3 PLZ / Ort
1.4 Beruf geb.
1.5 Telefon tagsüber
1.6 Bankverbindung
BIC
IBAN

2. Betroffene Person (falls nicht mit Versicherungsnehmer identisch)

2.1 Name, Vorname
2.2 Straße
2.3 PLZ / Ort
2.4 Beruf geb.
2.5 Telefon tagsüber

3. Erkrankungen

3.1 Diagnose
3.2 Datum der Diagnose 3.3 Therapie
3.4 Bei welchem Arzt deswegen in Behandlung? Name/Anschrift

4. Organschäden

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |

5. Pflegebedürftigkeit

5.1 Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
5.2 Seit wann? **Bitte legen Sie eine Kopie des Bescheides der Krankenkasse bei.**
5.3 Liegt Ihnen ein Gutachten des medizinischen Dienstes vor? nein ja **falls ja: Bitte legen Sie eine Kopie des Gutachtens bei.**

6. Verlust von Grundfähigkeiten

Welche Fähigkeiten oder Körperteile sind betroffen?
 Sehen Sprechen Hören Orientieren Arme, Hände Beine Wirbelsäule, Becken Auto fahren

7. Autogene Hauttransplantation

Vollhaut- oder Spalthauttransplantation (Mesh-Graft) nein ja Lappenplastik nein ja

8. Krebserkrankung

8.1 Lymphknotenkrebs und/oder Blutkrebs Welches Stadium?
8.2 Gehirntumor Welcher Grad?
8.3 Sonstige Krebserkrankung: Welche?
Welches Stadium?

Ihre Schaden-Nr. _____

9. Sonstiger Gesundheitszustand

9.1 Frühere oder bestehende Beeinträchtigungen Ihrer Gesundheit innerhalb der letzten zehn Jahre

9.1.1 Verletzungen keine ja, und zwar _____

9.1.2 Erkrankungen, auch ausgeheilte, chronische Erkrankungen, Gebrechen keine ja, und zwar _____

9.2 War die versicherte Person vor Eintritt der unter Punkt 3 bis 8 genannten Krankheiten wegen dieser Beeinträchtigungen in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei

Name/Anschrift _____

9.3 Welcher Arzt kann ansonsten über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor dem Auftreten der unter Punkt 3 bis 8 genannten Krankheiten Auskunft geben?

Name/Anschrift _____

9.4 Hat die versicherte Person bereits vor dem Auftreten der unter Punkt 3 bis 8 genannten Krankheiten Leistungen (Kapitalleistung oder Rente) aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung (Krankheit oder Unfall) erhalten oder beantragt? nein ja

Wenn ja: Wann? _____

Von wem? Name/Anschrift _____

10. Weitere Versicherungen

10.1 Besteht für die versicherte Person noch bei einer anderen Gesellschaft Verträge, die bei den unter Punkt 3 bis 8 genannten Krankheiten Leistungen erbringen oder erbracht haben? (z.B. Berufsunfähigkeitsversicherung, Unfallversicherung, Körperschutzpolice etc.) nein ja

Wenn ja: Gesellschaft/Versicherungsnummer _____

Schadennummer/Telefonnummer Ansprechpartner _____

10.2 Ist die versicherte Person krankenversichert? nein ja

Wenn ja: Gesellschaft/Versicherungsnummer _____

11. Wichtige Hinweise

11.1 Ich habe den Leistungsantrag für den Interloyd Existenz Schutz wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.

11.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

11.3 Diesem Leistungsantrag für den Interloyd Existenz Schutz fügen wir in der Anlage auch eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für den Interloyd Existenz Schutz bei. Senden Sie diese bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben wieder an uns zurück, sonst ist eine Bearbeitung nicht möglich.

Entscheiden Sie sich für eine generelle Schweigepflichtentbindung, werden wir die von Ihnen unter Ziffer 3.4., 9.2., 9.3., 9.4., 10.1., 10.2. und in der beigefügten Bescheinigung genannten Ärzte oder andere Stellen – sofern zur Leistungsprüfung erforderlich – nach Rücksendung dieses Leistungsantrags für den Interloyd Existenz Schutz um Auskunft bitten. Teilen Sie uns daher bei Rücksendung des Formulars mit, wenn Sie hiermit nicht einverstanden sind.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datum, Unterschrift der versicherten Person oder gesetzlichen Vertreters

Ärztliche Bescheinigung zum Interlloyd Existenz-Schutz (vollständig vom Arzt oder Krankenhaus auszufüllen)
Schaden-Nr. _____

Abschnitt 1 Personalien der Patientin/des Patienten

Name _____ Vorname _____ geb. am _____
PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Abschnitt 2 Betroffene Körperfunktion, Krankheitsbild (Bitte entsprechende medizinische Befunde beifügen)

2.1 Diagnose _____
2.2 Wann erstmalig diagnostiziert? _____
2.3 Wann traten erstmalig klinische Symptome auf? _____
(Weitere Diagnosen bitte entsprechend aufführen) _____
2.4 Therapie _____
2.5 Prognose _____

Abschnitt 3 Krebserkrankung

Lymphknotenkrebs und/oder Blutkrebs Welches Stadium? _____
 Gehirntumor Welcher Grad? _____
 Sonstige Krebserkrankung: Welche Erkrankung, welches Stadium? _____

Abschnitt 4 Organschäden durch Unfall oder Krankheit

4.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Besteht eine Schädigung des Gehirns oder Rückenmarks mit Funktionsbeeinträchtigungen eines Beines und eines Armes oder der Extremitäten mindestens einer Körperhälfte zu mindestens 90 %? nein ja

4.2 Nierenerkrankungen (Bitte jeweils Messprotokoll beilegen)

Reduzierung der Leistungsfähigkeit der Nieren **auf Dauer und irreversibel** mit

Glomerulärer Filtrationsrate von max. 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche? nein ja Wert: _____
Kreatinin-Clearance von max. 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche? nein ja Wert: _____
Kreatininwert von mind. 4 mg/dl (350µmol/l)? nein ja Wert: _____

4.3 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Prognostizieren Sie **für einen Zeitraum von mind. 12 Monaten**

eine dauerhafte Betreuung/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft? nein ja
einen dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person? nein ja
eine dauerhafte Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung? nein ja
Falls Unterbringung: aufgrund Straftat, Suchterkrankung und Folgen oder Suizidversuch und Folgen? nein ja
wenn ja, wegen _____

4.4 Lungenerkrankungen (Bitte jeweils Messprotokoll beilegen)

Reduktion der Lungenleistung ohne Einsatz eines Sauerstoffgerätes **auf Dauer und irreversibel** mit

forciertem expiratorischen Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 %? nein ja Wert: _____
Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 %? nein ja Wert: _____
arterieller Sauerstoffsättigung (SpO2 / SaO2) kleiner gleich 50 %? nein ja Wert: _____

4.5 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen (Bitte jeweils Messprotokoll beilegen)

Minderung der Pumpleistung des Herzens **irreversibel und durch Medikamente nicht dauerhaft verbesserbar** bei

Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 %? nein ja Wert: _____
Fractional Shortening kleiner gleich 15 %? nein ja Wert: _____
Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV? nein ja Wert: _____

4.6 Lebererkrankungen (Bitte jeweils Messprotokoll beilegen)

Reduzierung der Leberfunktion **auf Dauer und irreversibel** mit

Auftreten von Bauchwasser (Aszites) Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
Bilirubinwert (gesamt; im Serum) größer gleich 3,0 mg/dl (51µmol/l)? nein ja Wert: _____
Albuminwert (im Serum) kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)? nein ja Wert: _____
Quickwert kleiner gleich 40 %? nein ja Wert: _____

Abschnitt 5 Verlust von Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit

5.1 Sehen

Sehschärfe (Visus) auf dem besseren Auge: _____, unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln, Implantaten, anderen therapeutischen Maßnahmen: _____

Einschränkung des Gesichtsfeldes dieses Auges bis auf _____ Grad

Irreversibel und nicht mehr therapierbar? nein ja wenn nein; wie? _____

5.2 Sprechen

Unfähigkeit, irgendein verständliches Wort auszusprechen? nein ja Irreversibel? nein ja

Ursache: Zentrales Nervensystem (Gehirn) Sprechapparat (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge)
 Nicht organische Ursachen, z.B. psychogen

5.3 Hören (Bitte Tonaudiogramme beifügen)

Verlust der Hörfähigkeit auf **beiden** Ohren i. S. vollständiger Ertaubung **trots** Zuhilfenahme von Hörgeräten, Implantaten, anderen Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen? nein ja

Schalldruckpegel in Dezibel (dB), bis zu dem Schallreize nicht gehört werden können: _____

Irreversibel und nicht mehr therapierbar? nein ja wenn nein; wie? _____

5.4 Orientieren

Verlust der Fähigkeit, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren? nein ja Dauerhaft und irreversibel? nein ja

5.5 Arme, Hände

Erhebliche Einschränkung _____

– der Handfunktionen? nein ja wenn ja, welche _____

– beim Heben und Tragen? nein ja wenn ja, welche _____

– beim Arme bewegen? nein ja wenn ja, welche _____

Irreversibel und dauerhaft? nein ja

5.6 Beine

Erhebliche Einschränkung beim _____

– Treppen steigen? nein ja wenn ja, welche _____

– Gehen? nein ja wenn ja, welche _____

– Stehen? nein ja wenn ja, welche _____

– Knien und Bücken? nein ja wenn ja, welche _____

Irreversibel und dauerhaft? nein ja

5.7 Wirbelsäule, Becken

Erhebliche Einschränkung beim _____

– Sitzen und Erheben? nein ja wenn ja, welche _____

– beim Beugen? nein ja wenn ja, welche _____

Irreversibel und dauerhaft? nein ja

5.8 Auto fahren

Entzug der Fahrerlaubnis (Führerschein Klasse B oder alt: Klasse III) _____

aus medizinischen Gründen? nein ja, seit wann _____

Abschnitt 6 Autogene Hauttransplantation

Vollhaut- oder Spalthauttransplantation (Mesh-Graft) nein ja Lappenplastik nein ja

Fläche des transplantierten Hautstückes (nicht der ursprünglichen Wunde) an der Transplantationsstelle (nicht Entnahmestelle) in cm²: _____

Abschnitt 7 Sonstige Erkrankungen (Bitte Befunde beifügen)

Ort, Datum

Name, Anschrift des Arztes/Stempel

Unterschrift des Arztes

Für Ihre Unterlagen.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (Version 2.0)

**Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,**

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

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.

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

Schadensnummer: _____

Zum Leistungsantrag vom: _____

Versicherte Person: _____

Geburtsdatum: _____

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir, die Interloyd Versicherungs-AG, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Mannesmannstraße 5, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

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

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Interloyd Versicherungs-AG – 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 selbst oder durch die Actineo GmbH 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 Interloyd Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Interloyd Versicherungs-AG an die Actineo GmbH und (ggf. über die Actineo GmbH) an die vorgenannten Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Interloyd Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Interloyd Versicherungs-AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Interloyd Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Interloyd Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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 die Interloyd Versicherungs-AG 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.

Sofern Sie sich für die Möglichkeit II entscheiden, werden wir Ihnen vorab jeweils eine vorbereitete Einwilligungserklärung zusenden.

2. a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen 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. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Mannesmannstraße 5, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

Ich willige ein, dass die Interlloyd Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) 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 (ggf. über die Actineo GmbH) an die Interlloyd Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Interlloyd Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Interlloyd Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.interlloyd.de/datenschutz eingesehen oder unter Telefon (0211) 963 3099, angefordert werden.

Ich willige ein, dass die Interlloyd Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die Interlloyd Versicherungs-AG zurück übermittelt werden.

3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Interlloyd Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlich vertretene Person
(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweise

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Interlloyd Versicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Information der versicherten Person weitergeben.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Interlloyd Versicherungs-AG
ARAG-Platz 1
40472 Düsseldorf
Telefon: 0211 963 07
Fax: 0211 963 3033
E-Mail-Adresse: service@interlloyd.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@arag.de

Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, **die wir aus öffentlichen zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermitteln werden.** Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter: www.interlloyd.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit der Interlloyd Versicherungs-AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung. Beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten in der Unfallversicherung) erforderlich sind, holen wir in der Regel Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur:

- Risiko und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des ARAG-Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen- und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf www.interlloyd.de/datenschutz zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Beteiligte Gesellschaften:

Für die Übernahme von Versicherungsrisiken kann es erforderlich sein, dass wir eine oder mehrere weitere Versicherungsgesellschaften (Beteiligte Gesellschaften) an Risiken beteiligen müssen. Die beteiligten Gesellschaften nutzen Ihre Vertrags- und Schadendaten dann ebenfalls zur Risikoprüfung- und Bewertung, sowie zur Schadenabwicklung.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an die Sie persönlich betreuenden Vermittler und betreuende Geschäftsstelle, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragsverarbeiter und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter: www.interlloyd.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs.1a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 200444
40102 Düsseldorf
Telefon: 0211 38424-0
Fax: 0211 38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Wofür wird das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Versicherungswirtschaft genutzt?

Die Versicherungswirtschaft nutzt das HIS der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung

von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte der „Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“ die als separate Anlage beigefügt ist. Sollten wir Ihre Daten im Fall von erhöhten Risiken in das HIS einmelden, werden Sie in jedem Fall hierüber von uns benachrichtigt.

Wann und warum erfolgt ein Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme schadenfreier Zeiten in der Gebäudeversicherung bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls) überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Holen wir Bonitätsauskünfte zu Ihrer Person ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, nutzen wir Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens. Sie befreien die Interlloyd insoweit vom Berufsgeheimnis (Geheimhaltungspflicht nach § 203 Strafgesetzbuch).

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen ist Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten betroffener Personen, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten in ein Drittland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften, EU-Standardvertragsklauseln oder EU-US Privacy Shield) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.interlloyd.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragsstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden versicherte und nicht versicherte Verletzungen auf Basis Ihrer Schadenmeldung geprüft.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten:
www.informa-his.de

Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbezogene Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrages oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage oder der HIS-Einmeldung eines Versicherungsunternehmens werden von der informa HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage oder Einmeldung mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende bzw. einmeldende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung durch ein Versicherungsunternehmen, über die Sie gegebenenfalls von diesem gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind ggf. z. B. Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit. Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für HIS-Einmeldungen gelten folgende Speicherfristen:

- Personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen 10 Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS, ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre
- Ggf. FIN des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, das das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen.

Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter:
www.informa-HIS.de/selbstauskunft/ bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontaktinformationen des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden
Telefon: 0611/880870-0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: his-datenschutz@informa.de.

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ARAG SE | 4. Vif GmbH |
| 2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | 5. Interlloyd Versicherungs-AG |
| 3. ARAG Krankenversicherungs-AG | |

II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	Deutsche Post AG	Postbearbeitung	nein
	DHL Paket GmbH	Paketversand	nein
	DHL Express Germany GmbH	Expressversand	nein
	Postcon National GmbH	Postbearbeitung	nein
	rcDDM GmbH	Druck und Versand	ja
außer 4.	Reisswolf Deutschland GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Versicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja
	Ihr Rehabilitations-Dienst GmbH	Disease-Management	ja
ARAG Krankenversicherungs-AG	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	ARBMED GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA rentable GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	Viamed GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
Interlloyd Versicherungs-AG	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja

III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In-/Outbound Telefonie	zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/Druckereien	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein
	Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragserfüllung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG Webseite (<http://www.arag.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Neue Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.