TSV Asperg e.V.

Informationen zur Schadenmeldung bei der ARAG-Sportversicherung

Alle Vereinsmitglieder des TSV Asperg sind über die ARAG-Sportversicherung versichert. Die ARAG-Sportversicherung versteht sich als Zweitversicherung für schwere Folgen eines Sportunfalls oder Schachschäden. Sie übernimmt nicht die Aufgaben / Leistungen der persönlichen (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung für die Behandlung eines Unfalls.

Folgende Bereiche deckt die Sportversicherung ab:

- Unfall
  - Leistungen im Todesfall
  - Übergangsleistung nach 6 und nach 12 Monaten
  - Versicherungsschutz bei Vergiftungen für Kinder und Jugendliche
  - Unfälle bei Rettungsmaßnahmen
- Krankenversicherung
- Haftpflicht
- Rechtsschutz
- Umwelt-Haftpflicht & Umweltschaden
- Vermögenschaden / D&O
- Vertrauensschaden

Die ausführlichen und aktuellen Versicherungsleistungen sind auf der Homepage zu finden: www.arag.de/vereinsversicherung/sportversicherung/wuerttemberg/

Zur Schadenmeldung bei der ARAG Sportversicherung sind die entsprechenden Formulare auf den folgenden Seiten zu verwenden:

1. Sport-Schadenmeldung für Unfallschäden
2. Sport-Schadenmeldung für Haftpflichtschäden
3. Sport-Schadenmeldung zur KFZ-Zusatzversicherung

Bitte füllen Sie die Schadenmeldung in allen Abschnitten aus und unterschreiben es an den entsprechenden Stellen.

Anschließend reichen Sie das ausgefüllte und unterschriebene Schadensformular in der Geschäftsstelle in Papierform ein (Im Osterholz 21, 71679 Asperg)

Hinweis: Die noch offenen Punkte werden von Vereinsseite ausgefüllt, unterschrieben und die Unterlagen anschließend an die ARAG-Sportversicherung gesendet.

TSV Asperg e.V.

Sport-Schadenmeldung für Unfallschäden

Turn- und Sportverein Asperg e. V. •·Im Osterholz 21, 71679 Asperg • Telefon/Fax: 0 71 41 / 26 07 32
Vorsitzender: Ulrich Meyer, Patrick Feghelm (Stv. Vors.) • Vereinsregister Stuttgart VR 200295 • Mitglied im WLSB Nr. 12-006
Abteilungen: Badminton, Cricket,Fußball, Handball, Judo, Leichtathletik, Ringen, Schwimmen, Tischtennis, Turnen, Volleyball
Bankverbindungen:VR-Bank Ludwigsburg eG Konto-Nr.: IBAN: DE04 6049 1430 5327 5160 08 BIC: GENODES1VBB
Kreissparkasse Ludwigsburg Konto-Nr.: IBAN: DE38 6045 0050 0005 0059 21 BIC: SOLADES1LBG
Spendensammelkonto:VR-Bank Ludwigsburg Konto-Nr.: IBAN: DE57 6049 1430 5327 5160 24 BIC: GENODES1VBB

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und EUROPA Versicherung AG

Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden (auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim
Württembergischen Landessportbund e. V.
40464 Düsseldorf

1. Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbands
TSV Asperg e.V.

Im Osterholz 21, 71679 Asperg

3. Name/Telefon (tagsüber) des Ansprechpartners im Verein/Verband
Geschäftsstelle, 0 71 41 / 26 07 32

4. Funktion im Verein/Verband
Leitung Geschäftsstelle

5. Schadennummer (falls vorhanden)

Den **Ansprechpartner im Verein/Verband** bitten wir, die Abschnitte 1. bis 4. sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbandsstempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch die erste Seite des **Informationsanhangs** zur Schadenmeldung.
Um den Datenschutz zu gewährleisten, geben Sie danach der/dem **Verletzten** bitte die Möglichkeit zum selbstständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem 5. Abschnitt.
Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung muss – in der Regel durch die verletzte Person – anschließend an das Versicherungsbüro geschickt werden. Bitte achten Sie darauf, dass die Unterschriften auf den Seiten 2 und 5 und auf der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht fehlen.

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.

Unterschrift des Ansprechpartners im Verein/Verband

1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ | Ort

Mitgliedschaft im Verein/Verband:

☐ ja seit ☐ Zeitmitglied seit bis ☐ Nichtmitglied

2. Unfallhergang

2.1. Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum | Uhrzeit

2.2. Wo hat sich der Unfall ereignet?

Name der Sportstätte

Straße | PLZ | Ort

2.3. Bei welcher Sportart?

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006

Name, Vorname des Verletzten

2.4. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen – evtl. gesondertes Blatt verwenden)

3. Anlass des Unfalls:

3.1. Wie ist die Verletzung eingetreten?

- ☐ beim Wettkampf zwischen
- und
- ☐ beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining
- ☐ bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
- ☐ bei einer sonstigen Vereins-/Verbandsveranstaltung*:
- ☐ auf dem Weg zu bzw. von einer Veranstaltung*
- ☐ beim Einzeltraining*

3.2. In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?

als
- ☐ aktiver Sportler
- ☐ Funktionär
- ☐ Trainer, Übungsleiter, hauptamtlicher Mitarbeiter
- ☐ Rehasport ☐ Verordnung 56 lag vor (bitte beifügen)
- ☐

3.3. Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft

3.4. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?

- ☐ ja ☐ nein
- ☐ schriftliche Einladung
- ☐ Aushang
- ☐ Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan **
- ☐ Veranstaltungskalender
- ☐ durch

* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!
** Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

4. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt.
Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

Datum

Ort

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006

Name, Vorname des Verletzten

Datenschutz:
Ab hier sind die weiteren Daten und Erklärungen von der/dem Verletzten auszufüllen!

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.

Unterschrift des Verletzten

5. Personalien der verletzten Person:

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ | Ort

Ausgeübter Beruf* | ☐ selbstständig ☐ angestellt ☐ beamtet ☐

Telefon privat* | Telefon dienstlich* | E-Mail*

Familienstand* ☐ ledig/geschieden/verwitwet ☐ verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft

Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder | Anzahl | Alter

Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN | BIC

* freiwillige Angabe ; diese Daten werden nur im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Leistungsfalls genutzt.

6. Informationen zum Unfallgeschehen

6.1. Wurde die Polizei hinzugezogen? ☐ nein ☐ ja

Name der Polizeidienststelle

Straße | PLZ | Ort

Aktenzeichen | Sachbearbeiter/Telefonnummer

6.2. Unfallzeugen (bitte Namen, Anschrift angeben.)

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

6.3. Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen? ☐ nein ☐ ja

Art | Menge

Zeitraum von | bis

6.4. Wurde eine Blutprobe entnommen? ☐ nein ☐ ja

Ergebnis in ‰

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006

Name, Vorname des Verletzten

7. Unfallfolgen

7.1. Welche Verletzungen sind eingetreten? Wo? ☐ links ☐ rechts ☐ Zahnschäden ☐ Brillenschäden

7.2. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

7.3. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

7.4. Welcher Arzt bzw. welches Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

(Voraussichtliche) Dauer der stationären Behandlung: Tage im Krankenhaus

(Voraussichtliche) Dauer der Arbeitsunfähigkeit: Tage arbeitsunfähig krank

7.5. Ist eine vollständige Heilung zu erwarten? ☐ wahrscheinlich ja ☐ derzeit nicht vorhersehbar

☐ nein, da

8. Vorschäden

(Bitte beachten Sie die Hinweise auf Seite 3 des Informationsanhangs zur Schadenmeldung)

8.1. Hatten Sie in den letzten 10 Jahren vor dem Unfall Gesundheitsbeeinträchtigungen, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem hier gemeldeten Unfall stehen/stehen können?

Verletzungen ☐ keine ☐ ja, und zwar

Vorerkrankungen ☐ keine ☐ ja, und zwar

Gebrechen/chronische Leiden ☐ keine ☐ ja, und zwar

8.2. Waren Sie vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung?

☐ nein ☐ ja, bei Name und Anschrift

8.3. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden?

☐ nein ☐ ja Unfalldatum

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006

Name, Vorname des Verletzten

9. Weitere Versicherungen

9.1. Wie sind Sie krankenversichert?

☐ pflichtkrankenversichert ☐ freiwillig krankenversichert ☐ privat krankenversichert
☐ nicht krankenversichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ Sozialhilfeempfänger

9.2. Bei welcher **Krankenkasse**/privaten **Krankenversicherung**?

9.3. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für Sie eine weitere Einzel- oder Gruppen-**Unfallversicherung** (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung, eine Kreditkarte etc.)?

Name der Versicherung

Straße | PLZ | Ort

Versicherungsscheinnummer | Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden? ☐ nein ☐ ja

Name der Versicherung

Straße | PLZ | Ort

Versicherungsscheinnummer | Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden? ☐ nein ☐ ja

9.4. Es besteht keine weitere Unfallversicherung ☐

10. Allgemeine Hinweise und Empfangsbestätigung gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

10.1 Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.

10.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10.3 Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter www.ARAG-Sport.de zugängliche Merkblatt zum Versicherungsschutz eingesehen.

10.4 Den Fristenhinweis und die „Wichtigen Hinweise zum Sport-Kranken- und Sport-Unfallversicherungsschutz" habe ich erhalten.

10.5 Dieser Unfallanzeige fügen wir in der Anlage auch eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Unfallversicherung 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 Punkt 7.2. und 7.4. in dieser Unfallanzeige angegebenen Ärzte – falls zur Leistungsprüfung notwendig – nach Rücksendung dieser Unfallanzeige um Auskunft bitten. Teilen Sie uns daher bei Rücksendung dieser Unfallanzeige bitte mit, falls Sie hiermit nicht einverstanden sind.

10.6. Ich bestätigte, dass mir die Fristenbelehrung und der Informationsanhang zur Schadenmeldung ausgehändigt worden sind.

Datum

Unterschrift der verletzten Person

Ort

Unterschrift Ihres gesetzlichen Vertreters

Im Todesfall Unterschrift der Erben

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG · ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender · Vorstand: Uwe Grünewald, Zouhair Haddou-Temsamani, Christian Vogée
Sitz und Registergericht: Düsseldorf · HRB Nr. 10418 · USt-ID-Nr.: DE811125216

EUROPA Versicherung AG · Piusstraße 137 · 50931 Köln

Aufsichtsratsvorsitzender: Heinz Jürgen Scholz · Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender), Stefan Andersch, Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel
Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Amtsgericht Köln B 7474 · USt-ID-Nr.: DE124906368

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006	Unfalltag

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Name und Vorname der verletzten Person	Geburtsdatum

PLZ	Wohnort	Straße

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherungen benötigt die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und als Unternehmen, dass die Krankenversicherung betreibt, benötigt die EUROPA Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass wir einen im Zusammenhang mit Ihrer Person stehenden Leistungsfall bearbeiten, an andere Stellen (vergleiche Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsprüfung und -bearbeitung erforderlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine Prüfung der geltend gemachten Leistungsansprüche in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung der Leistungsbearbeitung unentbehrlich sind. Der Widerruf kann zu einer Verzögerung bei der Leistungsprüfung und -bearbeitung führen.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

– durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG die von mir oder Dritten in diesem Leistungsfall und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten jeweils -wechselseitig- erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung und -bearbeitung dieses Leistungsfalles erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung 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. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für die Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 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 für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäuser, 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 /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen, die im Zusammenhang mit dem Leistungsfall stehen, an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) und die EUROPA Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG an die Actineo GmbH (ggf. über die Actineo GmbH) und die EUROPA Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung 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 wiedersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

oder

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006

Name, Vorname des Verletzten

Möglichkeit II:

☐ **Ich wünsche, dass mich die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG informieren, 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 /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) und die EUROPA Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) und die EUROPA Versicherung AG einwillige**
- **oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.**

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und der EUROPA Versicherung AG

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG 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, Wankelstr. 33, 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) und die EUROPA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, an medizinische Gutachter übermitteln, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leitungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) und die EUROPA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG führen bestimmte Aufgaben im Bereich der Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG führen jeweils eine fortlaufende Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für sie erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG kann im Internet unter www.arag.de/datenschutz eingesehen oder unter Telefon 0211 98 700 700 angefordert werden. Eine aktuelle Liste der EUROPA Versicherung AG kann im Internet unter www.europa.de/datenschutz eingesehen oder beim Vertragsservice der Abteilung Sonderverträge Kranken unter Telefon 0221 57 37 797 angefordert werden.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, an die in den oben erwähnten Listen genannten Stellen weitergeben und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der jeweilige Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, des Continentale Versicherungsverbundes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die EUROPA Versicherung 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 der verletzten Person
Ort/Datum	Unterschrift der gesetzlich vertretenden Person*
Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

* bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Informationsanhang zur Schadenmeldung

Bitte trennen Sie diesen Anhang mit wichtigen Hinweisen zu Fristen, Anspruchsvoraussetzungen und Folgen bei der Verletzung von Obliegenheiten ab und händigen Sie diesen dem Verletzten aus!

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006	Unfalltag	Meldetag

Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalls

Sehr geehrtes Mitglied,

die Meldung Ihres Sportunfalls wurde aufgenommen. Um eine zügige Schadenabwicklung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die Ihnen ausgehändigte Schadenmeldung (ab Seite 3 vollständig ausgefüllt und unterschrieben) unverzüglich beim

Versicherungsbüro beim
Württembergischen Landessportbund e. V.
40464 Düsseldorf
Telefon 0711 28077 - 800
E-Mail vsbstuttgart@ARAG-Sport.de

einzureichen.

Sollten Sie beim Ausfüllen Unterstützung benötigen, so steht Ihnen Ihr Verein sicher gern zur Verfügung. Wenn Sie später Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, wenden Sie sich bitte direkt an das Versicherungsbüro. Geben Sie dabei bitte immer die oben genannte Vereins-Kennziffer oder später die Schadennummer an. Bitte heben Sie diese Informationen sorgfältig auf.

Versicherungsleistungen in der Sport-Unfallversicherung

· Invaliditätsleistung · Übergangsleistungen · Todesfallleistung · Serviceleistungen
· Reha-Management

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.ARAG-Sport.de

Für den Versicherten

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006	Unfalltag	Meldetag

Fristenhinweis

1. Ein Anspruch auf **Invaliditätsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
   - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, spätestens vor Ablauf von weiteren 12 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und
   - spätestens innerhalb von weiteren 6 Monaten (insgesamt somit spätestens 30 Monate nach Eintritt des Unfalls) von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.
   - Bei Kindern und Jugendlichen (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) wird die Frist zur Geltendmachung eines Invaliditätsanspruchs bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, höchstens jedoch auf 60 Monate nach dem Unfall verlängert.

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

2. Ein Anspruch auf **Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
   - nach Ablauf von 9 Monaten (1. Übergangsleistung) bzw. von 12 Monaten (2. Übergangsleistung) vom Unfalltag an gerechnet
   - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
   - noch um mehr als 50 Prozent beeinträchtigt ist und
   - die Beeinträchtigung innerhalb von 9 Monaten (1. Übergangsleistung) bzw. von 12 Monaten (2. Übergangsleistung) ununterbrochen bestanden hat.
   - Die Übergangsleistung muss spätestens 10 Monate (1. Übergangsleistung) bzw. 13 Monate (2. Übergangsleistung) nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

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

Wichtige Hinweise zum Sport-Kranken- und Sport-Unfallversicherungschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (**im Ausland**) sowie Transport- und Bergungskosten, Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden, Hilfsmitteln, Rückbeförderung/Überführung sowie Erstbeförderung sind **vorab** anderen Kostenträgern (zum Beispiel gesetzliche oder private Kranken- oder Unfallversicherung, Beihilfeeinrichtungen, Träger der Sozialhilfe) einzureichen. Werden diese Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Originalrechnungen oder beglaubigten Kopien dieser Rechnungen – mit einem Bearbeitungs-/Erstattungsvermerk versehen – dem Versicherungsbüro zur Prüfung vorzulegen. Eine Erstattung erfolgt im Rahmen der mit dem WLSB vereinbarten Leistungen. Eigenanteile oder sonstige Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung nicht erstattungsfähig.
2. Zahnbehandlungskosten im Rahmen der Krankenversicherung werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – erstattet. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.

Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt.

Vereins-Kennziffer: 17 / 12-006

Name, Vorname des Verletzten

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

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe!

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Der Versicherer kann von versicherten Personen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass sie wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist und die die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als sie alles zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen.

Soweit den versicherten Personen dies zumutbar ist, haben diese auf Verlangen fristgerecht geeignete Belege vorzulegen.

Leistungsfreiheit

Vorsätzliche Verstöße gegen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten führen zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – zu kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn nachgewiesen wird, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

Hinweis zu Vorschäden

1. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen:

Versicherungsschutz wird in der Regel für Unfälle und deren Folgen gewährt, nicht jedoch für unfallfremde Ursachen von Gesundheitsschädigungen wie Krankheiten oder konstitutionell oder schicksalhaft bedingte gesundheitliche Unregelmäßigkeiten. Unfallfremde Ursachen müssen deshalb vom Versicherungsschutz deutlich abgegrenzt werden.

Zu nennen sind hier nicht nur unmittelbar an dem vom Unfall betroffenen Körperteil bestehende Vorschädigungen (zum Beispiel Achillessehnenruptur bei erheblichem Sehnenverschleiß oder Oberschenkelfraktur bei bestehendem Knochentumor usw.), sondern auch möglicherweise mittelbar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehende Beeinträchtigungen (zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma usw.).

Unter Krankheiten versteht die Rechtsprechung üblicherweise einen regelwidrigen, objektiv vorhandenen, das heißt vom Arzt feststellbaren Körperzustand.

Gebrechen sind dauernde abnorme Gesundheitszustände, die eine einwandfreie Ausübung der normalen Körperfunktionen nicht mehr zulassen.

2. Vorinvalidität:

Eine eventuell bestehende Vorinvalidität ist nur dann zu berücksichtigen, wenn der neue Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, deren Funktionen schon zuvor dauernd beeinträchtigt waren. So spielen z. B. die Folgen einer früheren Unterarmfraktur nur im Falle einer erneuten Verletzung des selben Armes eine Rolle. Sie kann jedoch in der Regel außer Acht gelassen werden, wenn der neue Unfall andere Körperteile oder Sinnesorgane betrifft.

Für den Versicherten

Vertragsgesellschaften des Württembergischen Landessportbundes e. V.:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

EUROPA Versicherung AG
Piusstraße 137 · 50931 Köln

ARAG SE
ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

TSV Asperg e.V.

Sport-Schadenmeldung für Haftpflichtschäden

Turn- und Sportverein Asperg e. V. •·Im Osterholz 21, 71679 Asperg • Telefon/Fax: 0 71 41 / 26 07 32
Vorsitzender: Ulrich Meyer, Patrick Feghelm (Stv. Vors.) • Vereinsregister Stuttgart VR 200295 • Mitglied im WLSB Nr. 12-006
Abteilungen: Badminton, Cricket,Fußball, Handball, Judo, Leichtathletik, Ringen, Schwimmen, Tischtennis, Turnen, Volleyball
Bankverbindungen:VR-Bank Ludwigsburg eG Konto-Nr.: IBAN: DE04 6049 1430 5327 5160 08 BIC: GENODES1VBB
Kreissparkasse Ludwigsburg Konto-Nr.: IBAN: DE38 6045 0050 0005 0059 21 BIC: SOLADES1LBG
Spendensammelkonto:VR-Bank Ludwigsburg Konto-Nr.: IBAN: DE57 6049 1430 5327 5160 24 BIC: GENODES1VBB

Sport-Schadenmeldung

für Haftpflichtschäden

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim
Württembergischen Landessportbund e. V.
40464 Düsseldorf

1. Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbands
TSV Asperg e.V.

Im Osterholz 21, 71679 Asperg

3. Name/Telefon (tagsüber) des Ansprechpartners im Verein/Verband
Geschäftsstelle, 0 71 41 / 26 07 32

4. Funktion im Verein/Verband
Leitung Geschäftsstelle

5. Schadennummer (falls vorhanden)

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

Unterschrift des Ansprechpartners im Verein/Verband

1. Wird Versicherungsschutz nach dem Sportversicherungsvertrag beantragt oder hat der Verein für dergleichen Schadenfälle eine gesonderte Zusatzversicherung abgeschlossen?

☐ Sportversicherungsvertrag
☐ Zusatzversicherung ❶

Versicherungsschein-Nr.

2. Personalien des Schadenverursachers ❷

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ

Ort

Mitgliedschaft im Verein/Verband:

☐ ja seit

☐ Zeitmitglied seit bis

☐ Nichtmitglied

Funktion im Verein/Verband

Funktion bei Schadeneintritt

3. Schadenanlass

3.1. Bei welcher Gelegenheit ist der Schaden eingetreten?

3.1.1. Vereinssport

☐ vereinsinterner Wettkampf
☐ Gruppen-/Mannschaftstraining
☐ Einzeltraining
☐ Wettkampf gegen

gegnerischer Verein

☐

3.1.2. Sportveranstaltung mit Nichtmitgliedern*

☐ Volkswettbewerb/Trimmaktion
☐ mehrwöchiger Sportkurs/Schnuppertraining
☐ Sportabzeichenabnahme einschl. Training
☐

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

3.1.3. Sonstige Vereinsveranstaltung *

☐ geselliges Zusammensein

☐ vereinsintern ☐ öffentlich

Anlass/Motto

☐ auswärtige Vereinsfreizeit

☐ Festzug

Anlass/Motto

3.1.4. Ehrenamtliche Betätigung für den Verein/Verband

☐

3.1.5. Auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung

☐ Hinweg ☐ Rückweg

Welche Veranstaltung?

3.1.6. Sonstiger Anlass

☐

3.2. Welcher Sportart ist der Schaden zuzuordnen? ❸

* Fügen Sie bitte die Veranstaltungsbeschreibung (z. B. Spiel- bzw. Trainingsplan, Einladung, Programmheft, Starter- bzw. Meldeliste) der Schadenanzeige bei.

4. Schadenhergang

4.1. Wann hat sich der Schaden ereignet?

Datum

Uhrzeit

4.2. Wo hat sich der Schaden zugetragen?

Name der Sportstätte

Straße

PLZ

Ort

4.3. Schildern Sie bitte den Geschehensablauf ❹

(Schadenursachen, Schadenhergang, Schadenfolgen). Fertigen Sie bitte, falls dies zum besseren Verständnis Ihrer Schadenschilderung erforderlich ist, eine gesonderte Skizze an (Seite 5).

4.4. Wer hat Ihrer Meinung nach den Vorfall verschuldet? Trifft den Geschädigten ein Mitverschulden?
(Versuchen Sie bitte, Ihr „Urteil" kurz zu begründen.)

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

4.5. Zeugen (bitte Namen, Anschrift angeben.) ❺

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

4.6. Wurde die Polizei hinzugezogen? ☐ nein ☐ ja

Name der Polizeidienststelle | Aktenzeichen

Straße | PLZ | Ort

4.7. Wurde eine Blutprobe entnommen? ☐ nein ☐ ja wenn ja, wem?

Name, Vorname | Ergebnis in ‰

5. Geschädigter, Anspruchsteller ❻

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

Telefon tagsüber | E-Mail

5.1. a) Ist der Geschädigte mit dem Schadenverursacher verwandt? ☐ nein ☐ ja Verwandtschaftsgrad

b) Leben beide in häuslicher Gemeinschaft? ☐ nein ☐ ja seit

5.2. a) Mitglied im Verein/Verband ☐ nein ☐ ja seit

b) Mitglied in einem anderen Verein des Landessportbundes/ -verbandes ☐ nein ☐ ja

c) Ist der Geschädigte Mitglied des Vorstandes? ☐ nein ☐ ja Geschäftsbereich

d) Ist der Geschädigte mit einem Vorstandsmitglied verwandt? ☐ nein ☐ ja Verwandtschaftsgrad

e) Leben sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft? ☐ nein ☐ ja

Personenschaden

5.3. Familienstand, Alter und Beruf des Verletzten

5.4. Art und Ausmaß der unfallbedingten Verletzungen

5.5. Mehrtägiger Krankenhausaufenthalt ☐ nein ☐ ja

Name des Krankenhauses

Straße | PLZ | Ort

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

Sachschaden

5.6. Welche Sachen wurden beschädigt? 7

5.6.1. Worin besteht die Beschädigung?

5.6.2. Wie alt sind die beschädigten Sachen? Jahre | damaliger Anschaffungspreis/€

5.6.3. Ist eine Reparatur möglich? ☐ nein ☐ ja voraussichtlicher Kostenaufwand/€

5.6.4. Ist bereits ein Reparaturauftrag erteilt worden? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, an wen?

Name der Werkstatt

Straße | PLZ | Ort

5.6.5. War die beschädigte Sache dem Verein bzw. dem Schadenverursacher zur Benutzung überlassen worden? ☐ nein ☐ ja ☐ unentgeltlich ☐ gegen Entgelt

6. Anderweitige Haftpflichtversicherungen

6.1. Bestand zum Schadenzeitpunkt eine weitere, evtl. leistungspflichtige Haftpflichtversicherung? 8

☐ ja, für ☐ den Verein ☐ den Schadenverursacher ☐ den Tierhalter

und zwar eine
☐ Vereins-Haftpflichtversicherung
☐ private Haftpflichtversicherung
☐ Tierhalter-Haftpflichtversicherung
☐ Haus- und Grundstücks-Haftpflichtversicherung
☐ Boots-Haftpflichtversicherung

☐ nein

6.2. Bei welcher Gesellschaft?

Name und Anschrift der Gesellschaft | Versicherungsschein-Nr.

6.3. Ist der Schaden dort gemeldet worden? ☐ ja ☐ bislang nicht

7. Schäden an den Einrichtungen einer Sportstätte oder an sonstigen gemieteten Räumen und Sachen (Mietsachschäden)

7.1. Vertragliche Grundlage der Nutzung
☐ schriftlicher Nutzungsvertrag *
☐ Benutzungsordnung *
☐ mündliche Nutzungsgenehmigung
☐ Reise- bzw. Beherbergungsvertrag *
☐

* Fügen Sie bitte eine Kopie bei.

7.2. Name und Anschrift des Aufsichtsführenden (z. B. Trainer, Übungsleiter, Jugendleiter)

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

7.3. Ist die zum Gebrauch überlassene Sache (Sportstätte, Sportgerät, sonstiges Inventar) bestimmungs- bzw. vertragsgemäß benutzt worden?
☐ vertragsgemäß ☐ bestimmungswidrig 9

7.4. Wann wurde die Beschädigung bemerkt? Von wem?

Datum | Name, Vorname

7.5. Kommen andere Benutzer als Schadenverursacher in Betracht? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wer?

Name, Vorname

7.6. Haben Sie schon einmal einen vergleichbaren Schaden gemeldet?
☐ nein ☐ ja Datum | Schaden-Nr.

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

8. Schäden, die durch ein Tier verursacht worden sind

8.1. Wem gehört das schadenverursachende Tier? Bitte fügen Sie einen Eigentumsnachweis (Kaufvertrag) bei.

Name des Vereins, des Reitstalls bzw. der Privatperson

Straße | PLZ | Ort

8.2. Falls das Tier einer Privatperson gehört: Ist der Eigentümer/Tierhalter Vereinsmitglied?

☐ nein ☐ ja, seit Datum

8.3. bei Reitunfällen

8.3.1. Name des schadenverursachenden Pferdes

8.3.2. Ist der Reitunfall Ihres Erachtens auf reiterliches Unvermögen bzw. auf Unerfahrenheit des Reiters zurückzuführen?

☐ nein ☐ ja, weil

8.3.3. Hat der Verein mit den Tierbenutzern einen Haftungsausschluss vereinbart?

☐ nein ☐ ja ☐ schriftlich ☐ durch Aushang

8.3.4. Falls sich der Unfall im Beisein eines Reitlehrers zugetragen hat: Äußern Sie sich bitte kurz zur fachlichen Qualifikation des Reitlehrers:

☐ im Besitz einer Lizenz/ eines Diploms seit Datum

☐ für den Verein als Reitlehrer ununterbrochen tätig seit Datum

Reiterliche Auszeichnungen

9. Schäden durch Bälle – unbedingt Skizze anfertigen, siehe nächste Seite

9.1. Wo hat der Ball die Außenlinie überquert? ☐ Seiten-Aus ☐ Tor-Aus

9.2. Befindet sich an dieser Stelle ein Ballfangzaun? ☐ nein ☐ ja Höhe/Meter

9.3. Sind sonstige (natürliche) Schutzvorrichtungen vorhanden? ☐ nein ☐ ja, und zwar

9.4. Wie weit ist die Schadenstelle von der Spielfeldbegrenzung entfernt?

9.5. Bei Schäden an Nachbargrundstücken:

9.5.1. Ist das beschädigte Gebäude vor oder nach Errichtung der Sportstätte gebaut worden?

☐ vorher ☐ nachher ☐ unbekannt

9.5.2. Welche Sicherungsvorkehrungen hatte der Geschädigte gegen abirrende Bälle getroffen?

9.6. Sind Sie ☐ Eigentümer ☐ Pächter ☐ Nutznießer der Sportanlage?

Reichen Sie bitte ggf. eine Kopie des Nutzungsvertrags ein und teilen Sie mit, ob der Verein zu baulichen Veränderungen der Anlage berechtigt ist.

9.7. Hat der/die Geschädigte an der Veranstaltung teilgenommen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, in welcher Eigenschaft?

10. Bankverbindung

An wen soll eine eventuelle Zahlung erfolgen? ☐ Anspruchsteller ☐

Kontoinhaber

Name des Geldinstituts

IBAN | BIC

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

11. Allgemeine Hinweise und Empfangsbestätigung gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

11.1 Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.

11.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des Schadenverursachers/Versicherten

Ort

Unterschrift Ihres gesetzlichen Vertreters

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

Skizze zum Schadenhergang

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe!

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Der Versicherer kann von versicherten Personen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass sie wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist und die die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als sie alles zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen.

Soweit den versicherten Personen dies zumutbar ist, haben diese auf Verlangen fristgerecht geeignete Belege vorzulegen.

Leistungsfreiheit

Vorsätzliche Verstöße gegen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten führen zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – zu kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn nachgewiesen wird, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Entschädigung gegebenenfalls an den Anspruchsteller gezahlt wird.

Für den Versicherten

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Anleitung zum Ausfüllen der Schadenmeldung

A. Allgemeines

1. Sie helfen uns, die Schadenbearbeitung zu beschleunigen, wenn Sie alle für die Beurteilung des Schadengeschehens maßgeblichen Fragen möglichst ausführlich beantworten. **Die unter 7. bis 9. wiedergegebenen Fragen** interessieren nur dann, wenn Sie uns einen der dort angesprochenen Schadensachverhalte (Mietsachschäden, durch Tiere verursachte Schäden, Schäden durch abirrende Bälle) melden wollen.
2. Vergessen Sie nicht, die Schadenanzeige zu unterzeichnen. Veranlassen Sie bitte, dass das auf Schadenersatz in Anspruch genommene Vereinsmitglied die Schadenanzeige gegenzeichnet.
3. Fügen Sie bitte bei Rückgabe der Schadenmeldung alle Ihnen evtl. vorliegenden Schadenbelege (Rechnungen, Kostenvoranschläge etc.) sowie die mit dem Anspruchsteller gewechselte Korrespondenz bei.
4. Sie können Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie die Schadenersatzansprüche des Anspruchstellers voreilig anerkennen oder befriedigen.

B. Einzelfragen

1 In Betracht kommen

- der Vertrag der Sportjugend für Gruppenreisen,
- eine Tierhalter-Haftpflichtversicherung für vereinseigene Pferde oder Pferde von Mitgliedern,
- eine Bauherren-Haftpflichtversicherung, eine Haus- und Grundbesitz-Haftpflichtversicherung,
- eine Haftpflichtversicherung für Arbeitsmaschinen, Boote oder sonstige Wasserfahrzeuge,
- eine Haftpflichtversicherung für Festveranstaltungen und -umzüge.

Nicht aber: die Zusatz-Haftpflichtversicherung für Kraftfahrzeuge.

2 Uns interessiert, welches Vereinsmitglied auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Wird der Verein auf Schadenersatz in Anspruch genommen, geben Sie uns bitte die Personalien des verantwortlichen Vorstandsmitgliedes bekannt.

3 Bei Wegeunfällen teilen Sie uns bitte mit, welche Sportart der Schadenverursacher ausüben wollte, bzw. vor Antritt der Rückfahrt ausgeübt hat.

4 Greifen Sie bei der Wiedergabe des Geschehensablaufs bitte nicht auf die Behauptungen des Anspruchstellers zurück. Versuchen Sie bitte, sich im Gespräch mit dem Schadenverursacher ein eigenes Bild von dem Schadengeschehen zu machen.

5 Der Schadenverursacher scheidet als Zeuge aus. Von besonderem Interesse sind für uns die Wahrnehmungen anderer, an dem Schadengeschehen nicht beteiligter Vereinsmitglieder oder sonstiger Dritter.

6 Zu den Fragen unter Position 6. brauchen Sie sich nur insoweit zu äußern, wenn Sie diese aus eigenem Wissen bzw. mit Hilfe allgemein zugänglicher Informationen beantworten können. Befragen Sie bitte nicht den Anspruchsteller, sofern dieser nicht selbst Vereinsmitglied ist.

7 Sind mehrere Sachen beschädigt worden, listen Sie die einzelnen Schäden bitte gesondert auf.

8 Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Tun Sie das nicht, kann der Versicherungsschutz teilweise oder sogar ganz entfallen. Wir sichern Ihnen zu, dass Ihnen aus der wahrheitsgemäßen Beantwortung dieser Fragen keinerlei Nachteile entstehen. Wir werden unsererseits unverzüglich mit der Schadenbearbeitung beginnen und – bei Bestehen einer zweiten Haftpflichtversicherung – den Zweitversicherer entsprechend der gesetzlichen Regelung des § 78 VVG nach Abschluss der Schadenbearbeitung an unseren Aufwendungen beteiligen. Da die Haftpflichtversicherung im Gegensatz zur Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung keinen Schadenfreiheitsrabatt kennt, brauchen Sie auch nicht zu befürchten, dass Ihr Versicherer anlässlich dieses Schadenfalls seine Prämie erhöht.

9 Bestimmungswidrig handelt, wer z. B. die Weisungen des Halleneigentümers (Verbot der Ausübung bestimmter Sportarten) missachtet oder Sportstätteninventar zu einem anderen als dem vorgesehenen Zweck verwendet.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG · ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Christian Vogée (Sprecher), Uwe Grünewald, Zouhair Haddou-Temsamani, Katrin Unterberg
Sitz und Registergericht: Düsseldorf · HRB Nr. 10418 · USt-ID-Nr.: DE811125216

TSV Asperg e.V.

Sport-Schadenmeldung zur Kfz-Zusatzversicherung

Turn- und Sportverein Asperg e. V. •·Im Osterholz 21, 71679 Asperg • Telefon/Fax: 0 71 41 / 26 07 32
Vorsitzender: Ulrich Meyer, Patrick Feghelm (Stv. Vors.) • Vereinsregister Stuttgart VR 200295 • Mitglied im WLSB Nr. 12-006
Abteilungen: Badminton, Cricket,Fußball, Handball, Judo, Leichtathletik, Ringen, Schwimmen, Tischtennis, Turnen, Volleyball
Bankverbindungen:VR-Bank Ludwigsburg eG Konto-Nr.: IBAN: DE04 6049 1430 5327 5160 08 BIC: GENODES1VBB
Kreissparkasse Ludwigsburg Konto-Nr.: IBAN: DE38 6045 0050 0005 0059 21 BIC: SOLADES1LBG
Spendensammelkonto:VR-Bank Ludwigsburg Konto-Nr.: IBAN: DE57 6049 1430 5327 5160 24 BIC: GENODES1VBB

Sport-Schadenmeldung

zur Kfz-Zusatzversicherung (für Unfallschäden an Kraftfahrzeugen)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim
Württembergischen Landessportbund e. V.
40464 Düsseldorf

1. Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbands
TSV Asperg e.V.

Im Osterholz 21, 71679 Asperg

3. Name/Telefon (tagsüber) des Ansprechpartners im Verein/Verband
Geschäftsstelle, 0 71 41 / 26 07 32

4. Funktion im Verein/Verband
Leitung Geschäftsstelle

5. Schadennummer (falls vorhanden)

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

Unterschrift des Ansprechpartners im Verein/Verband

1. Unfallhergang

1.1. Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum | Uhrzeit

1.2. Wo hat sich der Unfall ereignet?
Ort, Straße/Kreuzung

1.3. Zu welcher Veranstaltung war das Fahrzeug unterwegs (Wettkampf, Vereinstraining, Vorstandssitzung, Volkswettbewerb, Trimmaktion etc.)?

1.4. Wo und wann hat diese Veranstaltung stattgefunden?
Name der Sportstätte

Straße | PLZ | Ort

Beginn am Datum | Uhrzeit Ende am Datum | Uhrzeit

1.5. Welcher Sportart ist der Schaden zuzuordnen?

1.6. Bei Unfall/Hinfahrt: Von wo aus wurde die Fahrt angetreten?
Straße | PLZ | Ort

Bei Unfall/Rückfahrt: Wo sollte die Fahrt enden?
Straße | PLZ | Ort

1.7. Wer bzw. welcher Verein/Verband war der Veranstalter?

1.8. Wer hatte die Fahrt angeordnet?
Name, Vorname | Funktion im Verein/Verband

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

1.9. Welche Personen wurden mit dem Kraftfahrzeug befördert? (Bitte Namen und Anschrift einschließlich Ortsteil angeben)

1.

2.

3.

1.10. Welche Funktion hatten die Fahrzeuginsassen bei der Veranstaltung wahrzunehmen (z.B. aktiver Spieler, Betreuer, Trainer etc.)?

zu 1.

zu 2.

zu 3.

1.11. Wer hat das Kraftfahrzeug zum Unfallzeitpunkt gefahren?

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ | Ort

1.12. War der Fahrer zum Unfallzeitpunkt Vereinsmitglied bzw. Verbandsfunktionär? ☐ ja seit ☐ nein

Gehörte der Fahrer zum Kreis der Veranstaltungsteilnehmer? ☐ ja als ☐ nein

1.13. War der Fahrer des Kfz zum Unfallzeitpunkt im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? ☐ ja Klasse ☐ nein

Wann hat er den Führerschein erworben? Aushändigungsdatum

1.14. Hatte der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?

☐ nein ☐ ja Art | Menge

Zeitraum/Uhrzeit von | bis

1.15. Wurde eine Blutprobe entnommen?

☐ nein ☐ ja Ergebnis ‰

1.16. Wie lange war der Fahrer bis zum Unfallzeitpunkt unterwegs? Std.

Wie lange lag die letzte Fahrtunterbrechung (Pause) zurück? Std. Fahrerwechsel ☐ ja ☐ nein

1.17. Schildern Sie bitte den Geschehensablauf (Unfallursachen, Unfallhergang, Unfallfolgen).
Fertigen Sie bitte zusätzlich eine Unfallskizze an (siehe letzte Seite).

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

2. Angaben zum Schaden

2.1. Welche Teile des Fahrzeugs sind infolge des Unfalls beschädigt?

2.2. Hatte das Fahrzeug Vorschäden?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Wurden diese behoben? ☐ ja ☐ nein

2.3. Wie waren die Straßen- und Witterungsverhältnisse?

☐ trocken ☐ nass ☐ regnerisch ☐ Glatteis ☐ sonstige Antwort
☐ sonnig ☐ diesig ☐ neblig ☐ Schneeglätte ☐ Schneefall

2.4. Wer hat den Unfall verschuldet?

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

Musste der Schuldige ein Verwarnungsgeld zahlen? ☐ nein ☐ ja Euro

2.5. Namen und Anschriften der Unfallzeugen

1.

2.

3.

4.

Wer von den Zeugen ist Vereinsmitglied?

2.6. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Dienststelle | Tagebuch-Nr.

Straße | PLZ | Ort

2.7. War ein weiteres Fahrzeug bzw. ein anderer Verkehrsteilnehmer (Radfahrer, Fußgänger) an dem Unfall beteiligt?

Name, Vorname | amtl. Kennzeichen

Straße | PLZ | Ort

Vereinsmitglied? ☐ ja ☐ nein

2.8. Wer ist Eigentümer des Kraftfahrzeugs?

Name | Telefon

Straße | PLZ | Ort

☐ Mitglied/Funktionär ☐ Arbeitgeber ☐
☐ Leasinggeber ☐ Kreditgeber

2.9. Ist das Fahrzeug zur gewerblichen Personenbeförderung zugelassen? ☐ ja ☐ nein

2.10. Ist der Eigentümer des Fahrzeugs zum Vorsteuerabzug berechtigt? ☐ ja ☐ nein

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

3. Angaben zum Unfallfahrzeug

3.1. Technische Daten des Kraftfahrzeugs

Fabrikat und Typ		kW/PS
amtl. Kennzeichen	km-Stand	Tag der 1. Zulassung

3.2. Voraussichtliche Höhe der Reparaturkosten Euro

3.3. Wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?

Name		Telefon
Straße	PLZ	Ort

3.4. Besteht für das eigene Fahrzeug

a) eine Vollkasko-Versicherung? ☐ ja, mit einer Selbstbeteiligung von Euro ☐ nein

b) eine Teilkasko-Versicherung? ☐ ja, mit einer Selbstbeteiligung von Euro ☐ nein

c) eine Rechtsschutzversicherung? ☐ ja ☐ nein

3.5. Bei welcher Gesellschaft?

Name	
Sitz	Versicherungs-Nummer

3.6. Bei welcher dieser Gesellschaften haben Sie den Schaden am eigenen Fahrzeug gemeldet? ☐ a) ☐ b) ☐ c)

3.7. Hat der Fahrzeugversicherer eine Entschädigung gezahlt? In welcher Höhe? ☐ ja, und zwar Euro ☐ nein

3.8. Haben Sie anlässlich dieses Unfalls anderweitige Entschädigungsleistungen (z.B. seitens des gegnerischen Haftpflichtversicherers) erhalten bzw. zu erwarten? ☐ ja, und zwar Euro ☐ nein

Bitte beachten:

1. **Fügen Sie unbedingt folgende Unterlagen (evtl. in Kopie) bei: Veranstaltungsausschreibung, Kfz.-Schein, aktuelle Police bzw. aktuellen Nachtrag des privaten Fahrzeugversicherers sowie (nach Möglichkeit Digital-)Bilder der Beschädigung(en) des Fahrzeugs.**
2. Melden Sie bitte Glasschäden auch Ihrem Teil- oder Vollkaskoversicherer.
3. Vor Beginn der Wiederinstandsetzung (bzw. vor einem evtl. Verkauf des beschädigten Fahrzeugs) ist unbedingt die Weisung des Versicherungsbüros/Versicherers einzuholen und die Entscheidung abzuwarten, ob das Fahrzeug von einem kraftfahrzeugtechnischen Sachverständigen besichtigt werden muss.
4. Mut- und böswillige Beschädigungen auf Parkplätzen sind unbedingt der Polizei anzuzeigen!

4. Bankverbindung

Die Entschädigung soll gezahlt werden an: ☐ Anspruchsteller ☐ Andere

Kontoinhaber

Name des Geldinstituts

IBAN BIC

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

5. Allgemeine Hinweise und Empfangsbestätigung gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

5.1. Ich habe die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und nach besten Wissen ausgefüllt.

5.2. Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des Fahrers

Ort

Unterschrift des Eigentümers

Stempel und Unterschrift des Vereins

Skizze zum Schadenhergang

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG · ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Christian Vogée (Sprecher), Uwe Grünewald, Zouhair Haddou-Temsamani, Katrin Unterberg
Sitz und Registergericht: Düsseldorf · HRB Nr. 10418 · USt-ID-Nr.: DE811125216

Mitgliedsnummer: 17 / 1 2 - 0 0 6

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe!

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Der Versicherer kann von versicherten Personen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass sie wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist und die die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als sie alles zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen.

Soweit den versicherten Personen dies zumutbar ist, haben diese auf Verlangen fristgerecht geeignete Belege vorzulegen.

Leistungsfreiheit

Vorsätzliche Verstöße gegen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten führen zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – zu kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn nachgewiesen wird, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

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.

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Datenschutzhinweise

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

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

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG-Platz 1
40472 Düsseldorf
Telefon: 0211 98 700 700
Fax: 0211 963 2850
E-Mail-Adresse: service@ARAG.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 öffentlich 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 übermittelt 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.ARAG.de/datenschutz abrufen.

Im Rahmen der Schadenbearbeitung haben wir Ihre personenbezogenen Daten direkt von Ihnen oder von einem Schadenbeteiligten erhalten. Diese Angaben zum Schaden werden bei uns verarbeitet. Dies ist z.B. erforderlich, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Eine Entscheidung über geltend gemachte Ansprüche oder die Bearbeitung eines Schadenfalls 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.
Alle bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG verarbeiteten Daten nutzen wir für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten ist Art. 6 Abs. 1 c) 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 oder Verarbeiten diese Daten auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 2 f) DS-GVO. 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
- Klärung von möglichen Mehrfach- und Nebenversicherungen. Hierzu nehmen wir Kontakt mit den uns von Ihnen oder Dritten (z.B. Vorversicherer, Lebenspartner, Kundenbetreuer, etc.) mitgeteilten Versicherern auf
- 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.ARAG.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 Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages 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 Schadendaten dann ebenfalls zur Schadenabwicklung.

Vermittler:
Soweit unser Kunde hinsichtlich seiner Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut wird, verarbeitet dieser die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit wir Ihre Daten in Verbindung mit einem Schadenfall verarbeiten, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Schadenservice, zur Schadenbearbeitung, 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 berechtigen Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister. Die Microsoft Ireland Operations Limited stellt uns im Rahmen einer Auftragsverarbeitung insbesondere die Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure zur Verfügung. Hierbei ist eine Datenspeicherung auf Servern in Europa vertraglich vereinbart.

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.ARAG.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. 1 a) 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 Sachverhaltsaufklärung bei der Schadenprüfung 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.

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 ARAG 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 oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.ARAG.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

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. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden versicherte und nicht versicherte Sachverhalte 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 personenbeziehbare 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 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.infoma-HIS.de/selbstauskunft/ bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontaktdaten 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: datenschutz@informa-his.de.

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

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

1. ARAG SE
2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
3. ARAG Krankenversicherungs-AG
4. Vif GmbH
5. Interlloyd Versicherungs-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
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	Microsoft Ireland Operations Limited	Insbesondere Bereitstellung der Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure. (Die Datenspeicherung auf Servern in Europa ist vertraglich vereinbart.)	ja
	Paragon Customer Communications Weingarten GmbH	Druck und Versand	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
außer 4.	Flixcheck GmbH	Bereitstellung einer digitalen Kommunikationsplattform	zum Teil
außer 4.	Rhenus Data Office GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
ARAG SE	Swiss Post Solutions GmbH	Leistungs- und Vertragsbearbeitung	nein
	adesso insurance solutions GmbH	Automatisierte Postbearbeitung im Schadenfall	ja
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Versicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja
	Property€xpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	ARAG Gesundheits-Services GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	compass private pflegeberatung GmbH	Pflege Assistance	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	nein
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja
	innovas GmbH	Pflegesachbearbeitung	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	PAV Card GmbH	Produktion von Druckstücken	nein
	Swiss Post Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Leistungs- und Vertragsbearbeitung	ja
	WDS.care GmbH	Pflege Assistance	ja

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Interlloyd Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Property€xpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein

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/ Postversender	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug, Regressverfahren	zum Teil
	Rückversicherer, Rückversicherungsmakler	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein
	Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Anbieter für Telediagnostik und Teletherapie	Einschätzung der Erkrankung des Tieres	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 „Dienstleisterliste der ARAG“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.