# Unfall-Versicherung

- ✓ Unfall-Versicherung mit Invaliditätszahlung
- ✓ Unfall-Rente mit 24 Stunden-Unfallschutz

Uelzener
VERSICHERUNGEN Mensch. Tier. Wir.

Uelzener VERSICHERUNGEN

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT
## für wiederkehrende Zahlungen

**Bitte senden Sie uns dieses Formular**
- **per Fax an: 0581 8070451**
- **als Anlage einer E-Mail an: as1@uelzener.de**
- **oder per Post an die unten genannte Anschrift.**

**Vielen Dank.**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers):**

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G.
Veerßer Straße 65/67 | 29525 Uelzen | DEUTSCHLAND
Tel. 0581 8070-0 | Fax 0581 8070-451| as1@uelzener.de

**Partner-Nummer*:**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**
DE19ZZZ00000118549

* Gilt für alle unter der oben genannten Partner-Nummer bestehenden Verträge.

Ich ermächtige die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 5-tägige Frist für die Information, sofern sich dies nicht aus den zur Verfügung gestellten Informationen / Unterlagen ergibt, vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

**Vorname und Name des zahlungspflichtigen Kontoinhabers:**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Ort: Telefon-Nr. (für Rückfragen):

Gewünschte Zahlungsweise (ab 20,- € Zahlbeitrag):

- ☐ Einzug zum 1. des Fälligkeitsmonats
- ☐ Einzug zum 15. des Fälligkeitsmonats
- ☐ monatlich
- ☐ vierteljährlich
- ☐ halbjährlich
- ☐ jährlich

**Name und Ort des Kreditinstitutes:**

**BIC:** **IBAN** (max. 22stellig):

**1. Unterschrift** zum SEPA-Lastschriftmandat

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

**2. Unterschrift** zur Einverständniserklärung

**Ich stimme dem Einzug meiner Beiträge gemäß erteiltem SEPA-Lastschriftmandat bereits ab dem ersten Beitrag ausdrücklich zu. Mit Einlösung des Beitrags kommt der Vertrag / kommen die Verträge rechtswirksam zustande.**

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

☐ **Bei Einreichung über Versicherungsmakler**

„Uns liegt gemäß unserer AGB und Maklervollmacht die Bevollmächtigung des VN vor, Ihnen diese Daten zu übermitteln."
**Dem Einzug der Beiträge gemäß erteiltem SEPA-Lastschriftmandat – bereits ab dem ersten Beitrag – wird ausdrücklich zugestimmt.**

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsmakler

# Unfall-Versicherung
**– Angebotsanfrage –**

Uelzener VERSICHERUNGEN

**Interne Vermerke:**

BP: ☐ Ohne ☒ Neu
☐ Nein ☐ Änderung
☐ Ja

Vertrags-Nr.: . 

Agt.-Nr.: 0 5 5 3 3 6 1 1

Vermittelt durch: Versicherungsservice Ruhl e.K. Tel. 06401 210091

**Versicherungsnehmer (Anfragender):** (Bitte in Druckschrift ausfüllen.)

Titel, Nachname: ☐ Frau ☐ Herr

PLZ: Ort:

Vorname(n): Geburtstag:

E-Mail:

Straße, Hausnummer:

Telefon:

**Gewünschter Versicherungsbeginn:**
(0.00 Uhr – frühestens ab Eingang bei der Uelzener)

**Versicherungsdauer:**

☒ 10 Jahre (inkl. 20 % Laufzeitrabatt) ☐ 5 Jahre (inkl. 10 % Laufzeitrabatt) ☐ 1 Jahr (ohne Laufzeitrabatt)

**Hinweis:** Bei unterjähriger Zahlungsweise beträgt der **Mindestzahlbeitrag 20,00 EUR pro Fälligkeit und Angebotsanfrage.** Die monatliche und vierteljährliche Zahlung ist nur per SEPA-Lastschrift möglich. Das SEPA-Lastschriftmandat befindet sich anbei und ist erst mit der Unterschrift des Kontoinhabers gültig. Es kann jederzeit widerrufen werden. Versicherungsleistungen werden auf das angegebene Konto überwiesen, falls keine abweichende Vereinbarung getroffen wird. Sollte der Vertrag nicht zustande kommen, wird das erteilte Mandat hinfällig und nicht verwendet.

Zahlungsweise:

☐ monatliche Zahlungsweise
☐ vierteljährliche Zahlungsweise
☐ halbjährliche Zahlungsweise
☐ jährliche Zahlungsweise
☐ **per SEPA-Lastschrift**
☐ zum 1. des Fälligkeitsmonats
☐ **per Rechnung** (nur ab halbjährlicher Zahlung)
☐ zum 15. des Fälligkeitsmonats

**ANGEBOT 1: Unfall-Versicherung mit Invaliditätszahlung** (mit 350 % Progression)

Diese Versicherung sichert den Lebensunterhalt, wenn Sie als Elternteil oder Partner durch einen Unfall vorübergehend oder auf Dauer erhebliche Einkommenseinbußen erleiden – und schützt gleichzeitig vor finanziellen Belastungen, die bei einem möglichen Invaliditätsfall, z. B. auch der Kinder durch Unfall auf Sie zukommen können. Daher liegt nichts näher, als die ganze Familie gemeinsam abzusichern, denn Unfälle können bekanntlich jeden von uns treffen – egal ob Groß oder Klein.

**Vierteljährlicher Beitrag für** (bei 10-jähriger Vertragslaufzeit und inkl. 19 % Vers.-Steuer):

| | Erwachsene | Kinder |
|---|---|---|
| Unfall-Krankenhaustagegeld (UKHTG) | 0,2467 € pro 1 € | 0,1096 € pro 1 € |
| Leistung bei 100 % Invalidität | 0,1878 € pro 1.000 € | 0,0735 € pro 1.000 € |
| Leistung bei Todesfall | 0,1503 € pro 1.000 € | 0,0939 € pro 1.000 € |

**Unsere Vorschläge für Schnellentschlossene:**

☐ **Vorschlag 1 – Nur ein Erwachsener – ohne Kinder:**
48 € Unfall-Krankenhaustagegeld und 210.000 € Invaliditätszahlung bei 100 % Invalidität. ..... **53,54 €** / vierteljährlicher Beitrag

☐ **Vorschlag 2 – Für zwei Erwachsene / Eltern – und bis zu zwei Kinder:** ..... **63,83 €** / vierteljährlicher Beitrag
Erwachsene: 48 € Unfall-Krankenhaustagegeld und 210.000 € Invaliditätszahlung bei 100 % Invalidität.
Kinder: 140.000 € Invaliditätszahlung bei 100 % Invalidität – bei Fahrradunfällen zusätzlich:
15 € Unfall-Krankenhaustagegeld – beim Tragen eines Fahrradhelms
inkl. Bergungskosten bis 5.000 €

Die im Vorschlag 2 genannten Leistungen für die Erwachsenen/Eltern können auch zwischen den Partnern aufgeteilt werden:

☐ 1/2 Mann – 1/2 Frau ☐ 2/3 Mann – 1/3 Frau ☐ 1/3 Mann – 2/3 Frau

(Sofern hier keine andere Auswahl getroffen wurde, gilt bei mehr als einem Erwachsenen das Verhältnis 1/2 Mann – 1/2 Frau.)

Bei mehreren Kindern teilt sich die Invaliditätssumme durch die Anzahl der Kinder am Schadentag. Ab einer Invaliditätssumme (zu 100 %) von 125.000 € sind bei Fahrradunfällen beitragsfrei mitversichert: 15 € Unfall-Krankenhaustagegeld je Kind mit unbegrenzter Leistungsdauer, wenn das Kind durch einen Fahrradhelm geschützt war. Ab einem vierteljährlichen Beitrag von 30 € sind Bergungskosten bis 5.000 € beitragsfrei mitversichert.

Bei Beantragung der Vorschläge bitte nicht vergessen die Namen der versicherten Personen unten in die Tabelle einzutragen.

**Gewünscht wird folgender individueller Versicherungsschutz:**

| Versicherte Person (Name, Vorname) | Geburtsdatum | Unfall-schutz | Unfall-Rente: Monatliche Rente in € | Unfall-Rente: vierteljährlicher Beitrag € | Unfall-Krankenhaustage- und Genesungsgeld: Tagessatz € | Unfall-Krankenhaustage- und Genesungsgeld: vierteljährlicher Beitrag € | Summe der Einzel-Beiträge € |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Erwachsener: | | ☐ 24 Stunden ☐ nur Freizeit | | | | | |
| 2. Erwachsener: | | ☐ 24 Stunden ☐ nur Freizeit | | | | | |
| 1. Kind: | | ☒ 24 Stunden | | | | | |
| 2. Kind: | | ☒ 24 Stunden | | | | | |
| 3. Kind: | | ☒ 24 Stunden | | | | | |

**Summe aller vierteljährlicher Beiträge:**
(inkl. Versicherungssteuer und Laufzeitrabatte)

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Veerßer Straße 65/67
29525 Uelzen

Tel. 0581 8070-0
Fax 0581 8070-248
www.uelzener.de
info@uelzener.de

Vorstand:
Dr. Theo Hölscher (Vorsitzender)
Imke Brammer-Rahlfs
Bernd Fischer

Aufsichtsratsvorsitzender:
Gerhard Schulz
Registergericht: AG Lüneburg HR B 120469
USt-IdNr.: DE 116 681 647
StNr. 47 207 00011

Steuer-Nr. beim BZSt: 809/V90809020562
Bankverbindung: Commerzbank AG
IBAN: DE80 2584 0048 0569 0334 00
BIC: COBADEFF249
Gläubiger-ID: DE19ZZZ00000118549

Bitte keinen Textmarker (oder Ähnliches) verwenden! – Dokument wird elektronisch archiviert! – Original für die Uelzener/Durchschriften für den Vermittler und den Versicherungsnehmer (Anfragenden). Bitte sehen Sie von einem separaten Schreiben ab.

**ANGEBOT 2: Unfall-Rente**

Die gewünschte Unfall-Rente bezieht sich auf 100 % Invalidität bei 350 % Progression. Sie wird lebenslang – anteilig bereits ab 1 % Invalidität nach der sog. Gliedertaxe – gezahlt. Das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld wid für jeden Tag eines unfallbedingten stationären Krankenhaus- oder Klinikaufenthaltes gezahlt – ab dem 1. Tag mit unbegrenzter Leistungsdauer. Das Genesungsgeld wird im Anschluss an das Krankenhaustagegeld gezahlt – für die gleiche Anzahl von Tagen und in derselben Höhe, wie auch das Unfall-Krankenhaustagegeld gezahlt wurde.

| **Unfall-Rente – vierteljährliche Beiträge** | | | |
|---|---|---|---|
| | Je Erwachsenem | | Je Kind |
| Bei 100 % Invalidität | 24 Stunden | Nur Freizeit | 24 Stunden |
| 500 € Rente | 18,92 € | 14,10 € | 11,25 € |
| 1.000 € Rente | 37,84 € | 28,20 € | 22,49 € |
| 1.500 € Rente | 56,76 € | 42,30 € | 33,74 € |
| 2.000 € Rente | 75,68 € | 56,41 € | 44,98 € |
| **Krankenhaustage- und Genesungsgeld – vierteljährliche Beiträge** | | | |
| 25 € | 7,52 € | 5,63 € | 4,70 € |
| 50 € | 15,03 € | 11,27 € | 9,39 € |
| 75 € | 22,55 € | 16,90 € | 14,09 € |
| 100 € | 30,06 € | 22,53 € | 18,78 € |

(Jeweils bei 10-jähriger Vertragslaufzeit und inkl. 19 % Vers.-Steuer)

**Gewünscht wird folgender individueller Versicherungsschutz:**

| Versicherte Person (Name, Vorname) | Geburtsdatum | Unfall-schutz | Unfall-Rente: Monatliche Rente in € | Unfall-Rente: vierteljährlicher Beitrag € | Unfall-Krankenhaustage- und Genesungsgeld: Tagessatz € | Unfall-Krankenhaustage- und Genesungsgeld: vierteljährlicher Beitrag € | Summe der Einzel-Beiträge € |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Erwachsener: | | ☐ 24 Stunden<br>☐ nur Freizeit | | | | | |
| 2. Erwachsener: | | ☐ 24 Stunden<br>☐ nur Freizeit | | | | | |
| 1. Kind: | | ☒ 24 Stunden | | | | | |
| 2. Kind: | | ☒ 24 Stunden | | | | | |
| 3. Kind: | | ☒ 24 Stunden | | | | | |

Summe aller 3-Monats-Beiträge:
(inkl. Versicherungssteuer und Laufzeitrabatte)

**Zu Angebot 1 und 2: Bestehen bei den genannten, zu versichernden Personen Krankheiten oder Gebrechen?**

☐ Nein ☐ Ja, folgende zur Person:

| | |
|---|---|
| Name, Vorname: | |
| Name, Vorname: | |
| Name, Vorname: | |
| Name, Vorname: | |
| Name, Vorname: | |

**Wichtig: Schlusserklärung mit Unterschrift**

Nachdem ich das Angebot in Form der Versicherungspolice mit allen Unterlagen erhalten und den Erstbeitrag innerhalb von zwei Wochen bezahlt habe, kommt der Vertrag zustande. **Danach kann ich den Vertrag innerhalb von zwei Wochen in Textform widerrufen.** Eventuell bereits geleistete Beiträge werden mir zurückerstattet. Die auf der Rückseite dieser Angebotsanfrage befindlichen Grundlagen, **insbesondere die Einwilligungsklausel zur Datenverarbeitung,** habe ich vor meiner Unterschrift zur Kenntnis genommen; sie werden wichtiger Bestandteil des Angebotes der Uelzener. Für die Erteilung vom Versicherer gewünschter Auskünfte entbinde ich die konsultierten Ärzte von der Schweigepflicht. **Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer je nach Verschulden berechtigen kann, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.**

Die Uelzener Versicherungen und der für mich zuständige Vermittler sind berechtigt, meine Daten **zu Werbe- und Informationszwecken in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten** mittels Brief zu nutzen. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese meine Daten auch zu den genannten Werbe- und Informationszwecken

**per Telefon** ☐ Nein ☐ Ja oder

**per E-Mail** ☐ Nein ☐ Ja

nutzen dürfen. Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Werbezwecken durch die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G. und den für mich zuständigen Vermittler jederzeit telefonisch (Tel. 0581 8070-0), schriftlich in Briefform (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G., Postfach 2163, 29511 Uelzen) oder per E-Mail (info@uelzener.de) widersprechen.

| Ort, Datum: | Unterschrift VersNehmer (Anfragender), ggf. gesetzl. Vertreter: | Ort, Datum: | Unterschrift Vermittler/-in: |
|---|---|---|---|
| | | | |

## Vertragsgrundlagen und Erläuterungen sowie Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

**Allgemeines**

- Es ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung auf die Gesellschaft, selbstständig Deckungszusagen abzugeben.
- Die Beiträge sind entsprechend der Zahlungsweise im Voraus zu bezahlen. Bei monatlicher und vierteljährlicher Zahlungsweise ist Lastschrift erforderlich. Es kann auch jährliche oder halbjährliche Zahlung vereinbart werden.
- Über den ersten Einzug von Zahlungen und bei Änderungen von Zahlungen wird der zahlungspflichtige Kontoinhaber spätestens fünf Tage vor Lastschrifteinzug informiert (Pre-Notification).
- Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Alle eingereichten Unterlagen werden nach dem elektronischen Archivieren/Scannen grundsätzlich vernichtet.
- Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf (längstens nach drei Jahren) um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf von einem der beiden Vertragspartner in Textform gekündigt wird. Ist eine mehr als 3-jährige Dauer vereinbart, kann der Vertrag zum Ende des dritten oder darauf folgender Jahre unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden.

Der Versicherungsvertrag wird nach deutschem Recht abgeschlossen. Die folgenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, Klauseln und Risikobeschreibungen – jeweils in der zum Zeitpunkt der Annahme dieser Angebotsanfrage gültigen Fassung – liegen dem Vertrag zugrunde. Zusätzlich gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

- Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen der Uelzener (AUB)
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)
- Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Freizeit)
- Besondere Bedingungen für Rentenzahlungen in der namentlichen Allgemeinen Unfallversicherung (BB Rente)
- Besondere Bedingungen für die Kinder-Unfallversicherung (BB KIUV)

***Ermächtigung zur Unfallversicherung***

Ich ermächtige die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G. zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte und Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung und Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Das gilt für die Zeit vor Antragsaufnahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme.
Die Uelzener Versicherungen dürfen auch Ärzte, die die Todesursache feststellten, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

**Wichtiger abschließender Hinweis:**

**Sind die Fragen in der Angebotsanfrage nicht richtig und vollständig beantwortet, ist der Versicherungsschutz gefährdet. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns als Versicherer auch berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Unter Umständen führt eine solche Vertragsverletzung auch ganz oder teilweise zur Leistungsfreiheit für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall, d. h., der Schaden kann nicht oder nicht vollständig von uns ausgeglichen werden. Bei der Beurteilung kommt es auf die Art und die Schwere des Verschuldens an.**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Bedingungen und Klauseln sowie die Satzung der Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit werden Ihnen zusammen mit dem Angebot in Form der Versicherungspolice zugestellt. Sie erkennen die Bedingungen und Klauseln an und das Vertragsverhältnis kommt wirksam zustande, wenn Sie den Erstbeitrag zahlen. Danach können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb von 2 Wochen in Textform widerrufen.

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir zur Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Darüber hinaus zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Mit Ihrer Einwilligung erlauben Sie uns, Ihre personenbezogenen Daten über den gesetzlich zwingenden Rahmen hinaus zu den ausdrücklich genannten Zwecken, die der ordnungsgemäßen Bearbeitung Ihrer Versicherungsangelegenheit dienen, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen.

Die Einwilligung ist ab dem Zeitpunkt der Angebotsstellung wirksam. Sie wirkt unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollte die Einwilligung ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt. Die Einwilligung zu Werbezwecken kann jederzeit widerrufen werden.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
   b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Angebotsstellung genannt habe;
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Uelzener Versicherungen (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G., Uelzener Rechtsschutz Schadenservice GmbH), um die Anliegen im Rahmen der Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Uelzener Versicherungen, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt, um die Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Weitergabe dieser Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH), zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer, außerdem zur Weitergabe an andere Versicherer, um den Versicherungsmissbrauch bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung der Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis zu verhindern; dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag zustande gekommen ist oder nicht;
7. zur Beratung und Information per Brief über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen sowie rund um das Thema Tier durch den Versicherer, andere Unternehmen der Uelzener Versicherungen und den für mich zuständigen Vermittler;
8. zur Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der Uelzener Versicherungen oder eine Auskunftei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA). Dies kann ggf. zur Nichtannahme der Angebotsanfrage bzw. des Antrages führen;
9. zur Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der Uelzener Versicherungen oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.