

Deutsche Sport & Entertainment
Versicherungsgemeinschaft
WECOYA PRIVATE & COMMERCIAL
Underwriting GmbH
Große Theaterstraße 42
D-20354 Hamburg
Germany

**Vertrauliche Selbstauskunft
zum Gesundheitszustand**

**Einwilligungserklärung in die Erhebung
und Verwendung von personenbezogenen Daten,
insbesondere Gesundheitsdaten**

**Schweigepflichtentbindungserklärung
zur Personenausfallversicherung**

Name, Vorname:

Produktion Nr.:

Produktion / Veranstaltung / Vorhaben:			
Funktion innerhalb der Produktion:		Beschäftigungszeitraum:	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		Grad der Behinderung bei Schwerbehinderung:	
Geburtsdatum:	Körpergewicht:	Größe:	cm
Sind Sie zurzeit vollständig gesund: Ja Nein		Sind Sie zurzeit vollständig arbeitsfähig: Ja Nein	
Wenn nein, warum?			
Waren Sie während der letzten drei Jahre in stationärer Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja, wann?	Warum?	Wie lange?	
Wer war oder ist der behandelnde Arzt? (Name und Anschrift)			
Sind für die Zukunft bereits irgendwelche Behandlungen geplant oder angeraten? Falls ja: Welche, und wer ist der behandelnde Arzt?			
Leiden Sie zurzeit an/unter akuten oder chronischen Krankheiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja, an/unter welchen?			
Sind innerhalb der letzten drei Jahre bei Ihnen durch Krankheit oder Unfallfolgen Ausfallschäden bei Veranstaltungen verursacht worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja,	wann und in bei welchem Projekt?		
	welche Krankheit oder was für ein Unfall war die Ursache?		
	wer war damals der behandelnde Arzt? (Name und Anschrift)		
Beabsichtigen Sie, während der Versicherungszeit anderen Engagements nachzugehen? Wenn ja, bitte aufgeben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Betreiben Sie während der Versicherungszeit sogenannte Extremsportarten oder anderen Leistungssport? Wenn ja, bitte aufgeben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

GESCHÄFTSFÜHRUNG:

Thorsten Klare
André Sprenger

HypoVereinsbank, Hamburg | IBAN: DE96 2003 0000 0010 1539 06 | BIC: HYVEDEMM300
WECOYA PRIVATE & COMMERCIAL Underwriting GmbH | USt-IdNr.: DE357002408
Sitz der Gesellschaft ist Hamburg | Amtsgericht Hamburg: HRB 177200
Erlaubnis als Versicherungsvertreter nach § 34d Abs. 1 GewO | Registrierungsnummer D-DLT9-RY57J-09
Eine Marke der WECOYA Underwriting GmbH | Große Elbstraße 39 | 22767 Hamburg | www.dse-versicherung.de



Hinweise und verbindliche Erklärung

Die Deutsche Sport & Entertainment Versicherungsgemeinschaft (DSE) ist eine Marke der WECOYA PRIVATE & COMMERCIAL Underwriting GmbH

(WECOYA). Im Rahmen von Personalausfallversicherungsverträgen verarbeitet WECOYA als bevollmächtigter Vertreter verschiedener Versicherer (so genannter Assekuradeur) Ihre personenbezogenen Daten.

Jede Verzögerung oder Unterbrechung bei einer Filmproduktion und/oder Veranstaltung führt in der Regel zu erheblichen Mehrkosten. Daher werden die Hauptprotagonisten einer Produktion/Veranstaltung (zum Beispiel Schauspieler, Kameraleute, Regisseure, Künstler), die nicht durch Ersatzpersonen ausgetauscht werden können, durch den Produzenten/Veranstalter oder einen Sender gegen eine krankheitsbedingte Verhinderung während der Drehzeit versichert. Der Versicherungsvertrag besteht in diesem Fall zwischen dem Versicherer und (in der Regel) der Produktionsgesellschaft als Versicherungsnehmerin. Sie selbst werden nicht Vertragspartei.

Mir ist bekannt, dass diese Gesundheitserklärung dem Abschluss einer Ausfallversicherung zugrunde liegt. Mit dem Abschluss dieser Versicherung bin ich einverstanden. Vorstehende Fragen sind von mir wahrheitsgemäß und vollständig nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet worden. Ich bin der Überzeugung, dass sich aus meinem augenblicklichen Gesundheitszustand keine Gefahr der Erkrankung für mich während der Dauer der Aufnahmen zu dem umstehend angegebenen Film beziehungsweise für die Durchführung der angegebenen Veranstaltung ergibt. Mir ist bekannt, dass WECOYA berechtigt ist, bei wissentlich unrichtigen Angaben in dieser Erklärung Schadenersatzansprüche gegen mich geltend zu machen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages bei WECOYA unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird die Mitversicherung Ihrer Person in der Regel nicht möglich sein. Kommt der Versicherungsschutz nicht zustande, wird darüber auch der Versicherungsnehmer (in der Regel die Produktionsgesellschaft) unterrichtet.

Als Unternehmen der Film- und Veranstaltungsversicherung benötigt WECOYA Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für WECOYA konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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) Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich WECOYA von ihrer Schweigepflicht und willige ein, dass sie meine personenbezogenen Daten, einschließlich meiner Gesundheitsdaten, im erforderlichen Umfang zum Zwecke der Risikoprüfung und Vertragsdurchführung an Dritte weiterleitet. Als Dritte gelten insbesondere Ärzte, Sachverständige, Gutachter, Rückversicherer, Versicherer, Versicherungsnehmer, Versicherungsvermittler.

2) Einwilligungserklärung in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass WECOYA im erforderlichen Umfang meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, verarbeitet und im Rahmen der Risikobewertung, Rückversicherung und Leistungserbringung an Dritte weiterleitet. Als Dritte gelten insbesondere Ärzte, Sachverständige, Gutachter, Rückversicherer, Versicherer, Versicherungsnehmer, Versicherungsvermittler.

3) Schweigepflichtentbindungserklärung zur ergänzenden Informationseinholung

Für den Fall, dass meine Angaben im Rahmen dieser Gesundheitserklärung nicht zur Beurteilung meines Gesundheitszustands durch WECOYA ausreichen, gebe ich folgende Erklärung ab:



Bitte nur ein Feld ankreuzen! Die Auswahl kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch formlose Mitteilung an WECOYA geändert werden.

- Für den Fall, dass meine Angaben im Rahmen dieser Gesundheitserklärung nicht zur Beurteilung meines Gesundheitszustands durch WECOYA ausreichen, willige ich bereits jetzt ein, dass WECOYA — soweit erforderlich — meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften sowie Behörden zur Prüfung des Antrags beziehungsweise der Anmeldung und Risikobewertung erhebt und für diese Zwecke verwendet. Die Anforderung der benötigten Unterlagen erfolgt gegebenenfalls durch den Versicherungs-vermittler.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen gegenüber WECOYA von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten personenbezogenen Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Be-handlungen sowie Versicherungsanträgen beziehungsweise -verträgen über einen Zeitraum von bis zu zehn Jahre vor Antragstellung an WECOYA übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang — soweit erforderlich — meine Gesundheitsund personenbezogenen Daten durch WECOYA an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für WECOYA tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.
Über das Erfordernis der Einholung weiterer Daten werde ich selbstverständlich von WECOYA informiert.

- Für den Fall, dass meine Angaben im Rahmen dieser Gesundheitserklärung nicht zur Beurteilung meines Gesundheitszustands durch WECOYA ausreichen, wünsche ich, dass mich WECOYA in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird.

Ich werde dann jeweils entscheiden,

- ob ich in die Erhebung, Verwendung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, einwillige,
- ob ich WECOYA sowie die genannten Personen oder Einrichtungen und deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinde
- oder ob ich die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

4) Schweigepflichtentbindungserklärung im Schadensfall

Für den Fall des Schadenseintritts, also meines (teilweisen) Ausfalls im Rahmen der oben genannten Produktion, gebe ich folgende Erklärung ab:

Bitte nur ein Feld ankreuzen! Die Auswahl kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch formlose Mitteilung an WECOYA geändert werden.

- Für den Fall des Schadenseintritts willige ich bereits jetzt ein, dass WECOYA — soweit erforderlich — meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften sowie Behörden zur Leistungsprüfung, beziehungsweise einer erneuten Prüfung des Antrags beziehungsweise der Anmeldung erhebt und für diese Zwecke verwendet. Die Anforderung der benötigten Unterlagen erfolgt gegebenenfalls durch den Versicherungs-vermittler oder einen Sachverständigen.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen gegenüber WECOYA von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten personenbezogenen Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen beziehungsweise -verträgen über einen Zeit-raum von bis zu zehn Jahre vor Antragstellung an WECOYA übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang — soweit erforderlich — meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, durch WECOYA an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für WECOYA tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.
Über das Erfordernis der Einholung weiterer Daten werde ich selbstverständlich von WECOYA informiert.



- Im Falle des Schadenseintritts wünsche ich, dass mich WECOYA in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird.

Ich werde dann jeweils entscheiden,

- ob ich in die Erhebung, Verwendung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, einwillige,
- ob ich WECOYA sowie die genannten Personen oder Einrichtungen und deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinde
- oder ob ich die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

5) Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligungserklärung nach dem Todesfall

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass WECOYA — soweit erforderlich — meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften sowie Behörden zur Leistungsprüfung, beziehungsweise einer erneuten Prüfung des Antrags beziehungsweise der Anmeldung erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen gegenüber WECOYA von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten personenbezogenen Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen beziehungsweise -verträgen über einen Zeitraum von bis zu zehn Jahre vor Antragstellung an WECOYA übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang — soweit erforderlich — meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, durch WECOYA an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für WECOYA tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehungsweise Anmeldung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für WECOYA konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung beziehungsweise Anmeldung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

6) Bestätigung

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich die beiliegenden Datenschutzhinweise zur Gesundheitserklärung der Personenausfallversicherung erhalten habe.

Widerrufsmöglichkeit

Die Erteilung der Einwilligung erfolgt freiwillig und Sie können die Einwilligung jederzeit durch eine Mitteilung an WECOYA vollständig oder teilweise widerrufen. Durch den Widerruf Ihrer Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der bis dahin erfolgte Datenverarbeitung nicht berührt.

Diese Erklärung ist nach Unterschrift vollständig zurückzusenden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person beziehungsweise des gesetzlichen Vertreters (bei Personen unter 18 Jahren)



Datenschutzhinweise

für Betroffene im Rahmen von Personenausfallversicherungen

Zum Verbleib bei der versicherten, bzw. der zu versichernden Person

Die Deutsche Sport & Entertainment Versicherungsgemeinschaft (DSE) ist eine Marke der WECOYA PRIVATE & COMMERCIAL Underwriting GmbH (WECOYA). Im Rahmen von Personalausfallversicherungsverträgen verarbeitet WECOYA als bevollmächtigter Vertreter verschiedener Versicherer (so genannter Assekuradeur) Ihre personenbezogenen Daten. WECOYA handelt bei ihrer Tätigkeit im Einklang mit den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, wie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie den folgenden Datenschutzhinweisen.

1) Namen und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle und des Datenschutzbeauftragten

WECOYA PRIVATE & COMMERCIAL Underwriting GmbH
Große Elbstraße 39
22767 Hamburg
E-Mail: datenschutz@wecoya.com
Geschäftsführer:
Thorsten Klare, André Sprenger

Datenschutzbeauftragter

Kontakt zu unserem Datenschutzbeauftragten können Sie wie folgt aufnehmen:
DS EXTERN GmbH, Dipl.-Kfm. Marc Althaus, Frapanweg 22, 22589 Hamburg
Kontaktformular: <https://www.dsextern.de/anfragen>

2) Art der verarbeiteten Daten

Die folgenden personenbezogenen Daten werden von WECOYA verarbeitet:

- Name, Geburtsdatum und Anschrift
- Ihre Funktion innerhalb der Produktion und der Beschäftigungszeitraum
- Gesundheitsdaten verschiedener Art
- im Schadensfall weitere Informationen zum Grund Ihres Ausfalles

3) Zweck der Datenverarbeitung und ihre Rechtsgrundlage

BDJ verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages mit dem jeweiligen Versicherungsnehmer.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Artikel 6 I lit. f) DSGVO. WECOYA und ggf. Dritte haben an der Datenverarbeitung ein berechtigtes Interesse. Dieses besteht zum Beispiel

- bei WECOYA, dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer im Abschluss und in der Durchführung der Personenausfallversicherung, einschließlich der Durchführung einer Risikobewertung sowie der Schadensabwicklung im Leistungsfall,
- bei WECOYA, dem Versicherer und einer Rückversicherung im Abschluss und in der Durchführung des Versicherungsvertrages,
- in der Datenverarbeitung zur Geltendmachung von rechtlichen Ansprüchen und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten könnten.

Zudem erfolgt die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aufgrund von gesetzlichen Verpflichtungen (Artikel 6 I lit. c) DSGVO). Diese gesetzlichen Verpflichtungen ergeben sich beispielsweise aus handels- und steuerrechtlichen Aufbewahrungspflichten und aufsichtsrechtlichen Vorgaben.



Sofern zur Absicherung Ihres Ausfalls im Rahmen der Produktion bereits im Vorfeld des Abschlusses der Ausfallversicherung eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist, werden Sie gebeten, eine entsprechende Gesundheitserklärung auszufüllen.

In diesem Fall sowie bei Abgabe einer Erklärung zur Schweigepflichtentbindung beruht die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten, auf Ihrer erteilten Einwilligung gemäß Artikel 6 I lit. a) i. V. m. Artikel 9 II lit. a) DSGVO.

4) Herkunft Ihrer Daten

WECOYA werden bei Anbahnung eines Versicherungsvertrages durch die Produktionsgesellschaft oder durch einen von der Produktionsgesellschaft beauftragten Versicherungsvermittler personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum und Funktion innerhalb der Produktion, mitgeteilt.

WECOYA verarbeitet darüber hinaus die ggf. von Ihnen in der Gesundheitserklärung oder der Schweigepflichtentbindungserklärung angegebenen personenbezogenen Daten.

Zudem werden WECOYA gegebenenfalls weitere personenbezogenen Daten durch Unterlagen von Ärzten oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs mitgeteilt. Diese Unterlagen sind beispielsweise Atteste, Untersuchungsberichte, Rechnungen oder Gutachten. Diese werden entweder durch Sie selbst eingereicht oder nach vorheriger Rücksprache mit Ihnen beziehungsweise Vorlage einer entsprechenden Schweigepflichtentbindungserklärung durch WECOYA direkt bei der entsprechenden Stelle angefordert. Über die Einholung der Daten werden Sie selbstverständlich unterrichtet.

5) Weitergabe der Daten an Dritte

Da WECOYA als bevollmächtigter Vertreter verschiedener Versicherer auftritt, werden Ihre personenbezogenen Daten, soweit erforderlich, zum Zwecke der Vertragsdurchführung an den entsprechenden Versicherer weitergegeben.

Zur Prüfung der Risikobeurteilung und/oder der Leistungspflicht im Schadensfall kann es notwendig sein, Sachverständige und/oder medizinische Gutachter einzuschalten. Nur in diesen Fällen und dem Vorliegen einer entsprechenden Schweigepflichtentbindungserklärung wird WECOYA Ihre personenbezogenen Daten an die entsprechenden Stellen weiterleiten.

Um die Erfüllung von Ansprüchen abzusichern, kann WECOYA im Einzelfall Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Dies ist überwiegend der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Es ist möglich, dass sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer bedienen, denen sie ebenfalls zur Schadensabwicklung Ihre personenbezogenen Daten übergeben. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen mit einbezogen wird.

Zweck der Datenweitergabe und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei dem Rückversicherer ist allein die Beurteilung des Versicherungsrisikos und/oder die Leistungspflicht des Rückversicherers im Schadensfall.

Sollte nach erfolgter Risikoprüfung der Abschluss der Ausfallversicherung abgelehnt werden, erhält der Versicherungsnehmer (in der Regel die Produktionsgesellschaft) eine entsprechende Ablehnung. In dieser werden personenbezogene Daten, jedoch keine Gesundheitsdaten, von WECOYA an den Versicherungsnehmer weitergegeben.

Wird der Versicherungsschutz nur eingeschränkt gewährt, erhält der Versicherungsnehmer (in der Regel die Produktionsgesellschaft) Kenntnis, welche gesundheitlichen Risiken ausgeschlossen werden beziehungsweise für welche gesundheitlichen Risiken ein Prämienzuschlag oder eine Leistungsbegrenzung vorgesehen ist. Dabei werden soweit wie möglich keine individuellen Gesundheitsdaten an den Versicherungsnehmer weitergegeben, sondern nur allgemeine Gesundheitsrisiken, wie zum Beispiel „Schilddrüsenerkrankungen aller Art sowie deren jeweiligen Folgen“ oder „Herz-/Kreislaufkrankungen“ benannt. Liegt eine solche Einschränkung vor, wird dies zudem der Produktionsgesellschaft beziehungsweise dem Veranstalter mitgeteilt, damit durch die Dreharbeiten keine weiteren Gesundheitsrisiken für Sie geschaffen werden.

Ist in der Kommunikation zwischen WECOYA und dem Versicherungsnehmer ein Versicherungsvermittler eingeschaltet, werden die personenbezogenen Daten an diesen zur Weiterleitung an den Versicherungsnehmer übergeben.



Die Weitergabe von personenbezogenen Daten an ein Drittland ist derzeit nicht vorgesehen. Sollte sich dies ändern, wird für dieses Drittland entweder ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission nach Artikel 45 DSGVO bestehen oder WECOYA wird andere geeignete Garantien für den Datenschutz des Empfängers vorweisen.

6) Dauer der Datenspeicherung

Ihre personenbezogenen Daten werden von WECOYA für die Dauer von drei Monaten nach Ende des Versicherungszeitraums gespeichert. Im Leistungsfall werden Ihre personenbezogenen Daten mindestens bis zur Abwicklung des Schadensfalls verarbeitet. Kommt kein Versicherungsvertrag zustande, werden Ihre personenbezogenen drei Monate nach der Entscheidung über das Nichtzustandekommen des Versicherungsvertrages aufbewahrt.

Darüber hinaus speichert WECOYA Ihre personenbezogenen Daten, soweit sie dazu gesetzlich verpflichtet ist. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

7) Ihre Rechte als betroffene Person

Sie können unter der oben genannten Adresse **Auskunft (Artikel 15 DSGVO)** über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die **Berichtigung (Artikel 16 DSGVO)** oder die **Löschung (Artikel 17 DSGVO)** Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DSGVO)** Ihrer Daten sowie ein Recht auf **Herausgabe (Artikel 20 DSGVO)** der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die unter anderem aufgrund von Artikel 6 I lit. f) DSGVO erfolgt, Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO einzulegen. WECOYA wird die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einstellen, es sei denn, sie kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder wenn die Verarbeitung der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient.

Einwilligungen in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten, die Sie gegenüber WECOYA abgegeben haben, können Sie mit Wirkung für die Zukunft **ganz oder teilweise widerrufen (Artikel 7 III DSGVO)**. Gleiches gilt für eventuelle spätere, weitergehende Einwilligungen in die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten. Bitte richten Sie Ihren Widerruf an die oben genannte Adresse.

Sie haben ferner das Recht, sich bei Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist

- Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg