

Schadenanzeige zur Unfallversicherung		Ihr Telefon/Fax	Versicherungs-Nr.
Name und Anschrift des Versicherungsnehmers hier eintragen		Schaden-Nr.	
		Geschäftsstelle/Fachberater: _____	
		Verhalten nach dem Schadenfall:	
		Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobligationen. Einzelheiten hierzu und zu einer Verletzung dieser Obliegenheiten finden Sie gesondert am Ende dieser Schadenanzeige.	
		Bitte beantworten Sie alle Fragen ausführlich und korrekt. Soweit Sie als Antwort lediglich einen Strich eintragen, werden Nachfragen erforderlich!	
		Falls Sie noch an den Folgen des Unfalls leiden, wünschen wir Ihnen baldige Genesung!	
Kontoinhaber			
IBAN			
<input type="text"/>			
BIC			
<input type="text"/>			
Sparkasse/Bank – PLZ, Ort			
Verletzte Person: Vor- und Zuname		Geburtstag	Beruf
Straße, PLZ, Wohnort			
Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort	
	Uhr vormittags/nachmittags		
Genaue Schilderung des Unfallhergangs (Wie und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit?)			

Fragen	Antworten des Versicherungsnehmers/Versicherten
<p>1. a) Zeugen des Unfalls Name und Anschrift (bitte deutlich schreiben)</p> <p>b) Hat eine polizeiliche Dienststelle den Unfall festgestellt? Wenn ja, bitte Anschrift und Tagebuchnummer angeben.</p> <p>c) Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Rauschmittel oder Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? Wurde bei Ihnen eine Blutprobe entnommen?</p>	<p>1. a) _____ _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>2. a) Folgen des Unfalls: Art der Verletzung? Welche Körperteile wurden verletzt?</p> <p>b) Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?</p> <p>c) War der Verletzte in stationärer Behandlung? Ggf. wie lange? In welchem Krankenhaus?</p>	<p>2. a) _____ _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>c) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte ggf. Bestätigung mit Diagnose/Grund der Behandlung beifügen) _____</p>
<p>3. a) Wann wurde wegen des Unfalls erstmalig ein Arzt zu Rate gezogen?</p> <p>b) Name und Anschrift des behandelnden Arztes:</p> <p>c) Welche Anordnung hat der Arzt getroffen?</p>	<p>3. a) _____</p> <p>b) _____ _____</p> <p>c) _____</p>
<p>4. a) Gehört der Verletzte einer Krankenkasse oder Krankenversicherung an? Welcher? Versicherungs-Nr.?</p> <p>b) Bei welchen anderen Versicherungsgesellschaften oder Berufsgenossenschaft ist der Verletzte gegen Unfall versichert? Berufsgenossenschaft ist der Verletzte gegen Unfall versichert? Versicherungs-Nr.?</p> <p>c) Wurde der Unfall diesen Stellen gemeldet?</p>	<p>4. a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>b) _____ _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5. a) Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? Wenn ja: wann und welcher Art?</p> <p>b) War er zur Zeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet? Wenn ja: welcher Art?</p>	<p>5. a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p>
<p>6. a) Besteht für den Verletzten ein Pflegegrad? Wenn ja: Welcher Pflegegrad und seit wann?</p>	<p>6. a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegegrad _____ seit _____</p>
<p>7. Bezieht der Verletzte eine Rente</p> <p>a) aus der gesetzlichen Rentenversicherung?</p> <p>b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung? Falls ja, wie hoch ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit?</p>	<p>7.</p> <p>a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ %</p>
<p>Zu beantworten, wenn sich der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeuges ereignete.</p>	
<p>8. a) Amtliches Kennzeichen des benutzten Kraftfahrzeuges?</p> <p>b) Hatte der Versicherte den Sicherheitsgurt angelegt?</p>	<p>8. a) _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

9. Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

9.1. Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

9.2. Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

9.3. Fristhinweis

Sollten die unfallbedingten Verletzungen der versicherten Person zu einer Funktionsbeeinträchtigung von Körperteilen oder Sinnesorganen oder zu einer dauernden Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Invalidität) führen, so müssen zur Geltendmachung der Invaliditätsansprüche Fristen beachtet werden.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten (also insgesamt 15 Monaten ab dem Unfalldatum) von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und bei uns geltend gemacht worden sein.

In der Komfort-Deckung verlängert sich die Frist zur Geltendmachung und ärztlichen Feststellung auf insgesamt 24 Monate ab dem Unfalltag.

10. Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Die Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Leistungsantrag und den Vertrag verwenden zu dürfen, benötigt die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG, im folgenden SAS genannt, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die SAS Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die SAS ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an IT-Dienstleister, an Rückversicherer, an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und den Verband öffentlicher Versicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Einen Widerruf richten Sie bitte an: Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG, An der Flutrinne 12, 01139 Dresden, Tel.: 0351 4235-0, Fax:0351 4235-555, E-Mail: e-mail@sv-sachsen.de.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Verletzte Person: Vor- und Zuname	Geb.-Datum	Schadendatum	Schadenummer
-----------------------------------	------------	--------------	--------------

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die SAS selbst (unter 10.1),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 10.2)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SAS (unter 10.3)

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.

10.1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die SAS

Ich willige ein, dass die SAS die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsprüfung sowie zur Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

10.2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

10.2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die SAS die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die SAS benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die SAS – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.*

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die SAS übermittelt werden.

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

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

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die SAS in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird.*

Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- *in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die SAS einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SAS einwillige*
- *oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.*

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

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

Verletzte Person: Vor- und Zuname	Geb.-Datum	Schadendatum	Schadenummer
-----------------------------------	------------	--------------	--------------

10.3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SAS

Die SAS verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

10.3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die SAS benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die SAS meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die SAS zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SAS tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

10.3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die SAS führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der von der S.V. Holding AG geführten Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die SAS Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

Die SAS führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die SAS erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.sv-sachsen.de/unternehmensliste eingesehen oder bei der SAS, An der Flutrinne 12, 01139 Dresden, Telefon 0351 4235-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die SAS Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SAS meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die SAS dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der von der S.V. Holding AG geführten Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

10.3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die SAS Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die SAS Ihren Versicherungsantrag und Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um eine schwierig gelagerte Leistungsfallentscheidung handelt, die Rückversicherung die SAS also aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die SAS das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch die SAS unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die SAS tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Verletzte Person: Vor- und Zuname	Geb.-Datum	Schadendatum	Schadennummer
-----------------------------------	------------	--------------	---------------

10.4. Ermächtigung

Ich ermächtige die SAS, die im Rahmen der Prüfung des Leistungsanspruchs aus der Unfallversicherung erlangten Erkenntnisse an den Versicherungsnehmer weiterzugeben, soweit dieser aufgrund vertraglicher Verpflichtungen informiert werden muss und die versicherte Person nicht Versicherungsnehmer ist.

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Angaben für mich niedergeschrieben hat.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich sowohl die Hinweise zu den Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall zur Kenntnis genommen habe als auch die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung erteile (Ziffern 9 und 10).

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/der versicherten Person

Ort, Datum

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

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Liste der Stellen (A.) sowie der Kategorien von Stellen (B.), mit denen die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG (SAS) derzeit im Wesentlichen zusammenarbeitet (bei Notwendigkeit für die konkrete Vertragsführung verarbeiten diese Stellen Ihre personenbezogenen Daten – soweit erforderlich auch Gesundheitsdaten):

A.

Stellen	Übertragene Aufgaben
<ul style="list-style-type: none"> - Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG - S.V. Holding AG - SV Sparkassenversicherung Gebäudeversicherung AG - ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG - Deutsche Assistance Service GmbH - Adress Research - Majorel Wilhelmshaven GmbH 	<ul style="list-style-type: none"> - Adressaktualisierung - Telefonischer Kundenservice - Bearbeitung von Kundenanfragen
<ul style="list-style-type: none"> - SV Informatik GmbH - Finanz Informatik GmbH & Co. KG - OEV Online Dienste GmbH 	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuung Server - Programmierung - DV- und IT-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> - Sparkasse Chemnitz 	<ul style="list-style-type: none"> - Abwicklung Zahlungsverkehr

B.

Kategorien	Übertragene Aufgaben
<ul style="list-style-type: none"> - Gutachter und Sachverständige (z. B. Ärzte, Therapeuten, DEKRA Automobil GmbH, Sachcontrol GmbH, Actineo GmbH) 	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung von Gutachten, Begutachtung von Sachschäden, Belegprüfung
<ul style="list-style-type: none"> - Assisteure (u. a. Deutsche Assistance Service GmbH) <p>(speziell für die Unfall- und Existenzversicherung: u. a. Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG, Malteser Hilfsdienst, E+S Rückversicherung AG, Triangulum AG, Reha Assist Deutschland GmbH)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance-Leistungen, insbesondere Schadenmanagement, Leistungsbearbeitung, telefonischer Kundenservice, Rechnungs- und Gutachtenprüfung - Risikoprüfung Existenzversicherung - Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> - Servicedienstleister 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei Kundenaktionen (z. B. Online-Werbung, Newsletter-Versand, Kundenzufriedenheitsbefragung)
<ul style="list-style-type: none"> - Dienstleister Außenregulierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Außenregulierung von Schäden
<ul style="list-style-type: none"> - Wirtschaftsprüfer 	<ul style="list-style-type: none"> - Unternehmensprüfung
<ul style="list-style-type: none"> - Rechtsanwälte 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechtsbeistand
<ul style="list-style-type: none"> - Inkassobüro 	<ul style="list-style-type: none"> - Abwicklung Zahlungsverkehr bei Mahnverfahren
<ul style="list-style-type: none"> - Wirtschaftsauskunftsunternehmen/Adressermittlung (u. a. Infoscore Consumer Data GmbH) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonitätsprüfung, Recherche, Adressermittlung/-aktualisierung
<ul style="list-style-type: none"> - Rückversicherer 	<ul style="list-style-type: none"> - Rückversicherung von Verträgen
<ul style="list-style-type: none"> - Vertriebspartner 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlertätigkeiten

C. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

An der zentralisierten Datenverarbeitung nehmen die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG und S.V. Holding AG teil.