

# Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

| Persönliche Angaben |                            |  |  |
|---------------------|----------------------------|--|--|
| Name, Vorname       |                            | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft |
| Geburtsname         | Geburtsdatum               | Rentenversicherungsnummer<br>_____   |  |
| Geburtsort          | Telefonnummer <sup>1</sup> | E-Mail-Adresse <sup>1</sup>  |  |
| Anschrift           |                            |  |  |

1- Die Erhebung der Daten beruht auf §§9, 10, 206 SGB V/§ 50 SGB XI. Die Angabe zur Telefonnummer ist freiwillig.

| Grund der freiwilligen Versicherung   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig als: _____ ab: _____<br>Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: _____<br>Anzahl der versicherungspflichtig Beschäftigten: _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer als: _____ ab: _____<br>Arbeitgeber: _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Beamter    Dienstbezeichnung: _____    Dienstherr: _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Pensionär, Altenteiler   |  |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger    Sozialamt: _____   |  |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos   |  |
| <input type="checkbox"/> Kind<br><input type="checkbox"/> Schüler/ Student    ab: _____    voraussichtlich bis: _____<br><input type="checkbox"/> Meisterschüler    ab: _____    voraussichtlich bis: _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte/ Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert bei: _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte/ Lebenspartner ist privat versichert bei: _____<br>Monatliche Einkünfte brutto: _____ Euro, bitte Nachweis beifügen<br>Jährliche Einkünfte brutto: _____ Euro, bitte Nachweis beifügen<br>Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: _____ |  |
| <input type="checkbox"/> geschieden, Scheidung ist rechtskräftig ab: _____    bisher familienversichert durch: _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Anwartschaftsversicherung bei berufl. Auslandsaufenthalt (ohne zu versichernde Angehörige)   |  |

**Einkommensverhältnisse** (Angaben in Euro)

Meine Einkünfte betragen mehr als 4.987,50 Euro monatlich und eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht.

Ja  Nein (Wenn ja, brauchen die nachstehenden Fragen nicht beantwortet zu werden.)

| Art und Höhe der Bruttoeinnahme  | des Versicherten |          | des Ehegatten |          |
|--|------------------|----------|---------------|----------|
|  | monatlich        | jährlich | monatlich     | jährlich |
| <b>Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit</b><br>(bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei)  |                  |          |               |          |
| <b>Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft</b><br>(bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei)  |                  |          |               |          |
| <b>Lohn/ Gehalt aus nicht selbstständiger Arbeit</b> , voraussichtliche Bruttoeinkünfte inkl. Einmalzahlungen z.B. Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld im Jahr 2023 (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)  |                  |          |               |          |
| <b>Einkünfte aus Kapitalvermögen</b> , vermindert, um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)   |                  |          |               |          |
| <b>Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung</b><br>(bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei)   |                  |          |               |          |
| <b>Auslandsrente</b> (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)  |                  |          |               |          |
| <b>Renten</b> z.B. Alters-, Hinterbliebenen und Unfallrente (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)   |                  |          |               |          |
| <b>Bruttoversorgungsbezüge</b> z.B. Pensionen und Betriebsrenten (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)  |                  |          |               |          |
| <b>Sozialhilfe</b> (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)  |                  |          |               |          |
| <b>Abfindung</b> (bitte fügen Sie den Vertrag bei)   |                  |          |               |          |
| <b>Sonstige Einkünfte</b> (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)   |                  |          |               |          |
| <input type="checkbox"/> Ich erhalte einen Gründungszuschuss nach § 93 Abs. 1 SGB III (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)   |                  |          |               |          |
| <input type="checkbox"/> Ich verfüge nicht über eigene Einkünfte. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____  |                  |          |               |          |
| <input type="checkbox"/> Als Existenzgründer ist mir ein Nachweis der beitragspflichtigen Einkünfte zurzeit nicht möglich. Ich erkläre, für das Jahr _____ Einkünfte von mtl. _____ Euro zu erwarten. (bitte fügen Sie die Gewerbeanmeldung bei) |                  |          |               |          |

| Allgemeine Angaben  |     |  |  |
|---|-----|--|--|
| <b>Versicherungsverhältnis - Vorversicherung</b>  |     |  |  |
| von   | bis | Krankenkasse                                   | Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert |
| von   | bis | Krankenkasse                                   | Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert |
| <b>Krankengeldanspruch</b>  |     |  |  |
| Ich interessiere mich für einen Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit für hauptberuflich Selbstständige.   |     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ja, bitte senden Sie mir weitere Unterlagen zu. <input type="checkbox"/> Nein  |     |  |  |
| <b>Beitragszahlung</b>  |     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Die fälligen Beiträge sollen vom Konto abgebucht werden.   |     |  |  |
| IBAN: DE_____ BIC: _____  |     |  |  |
| Bank: _____ Kontoinhaber: _____   |     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Die Beiträge werden von Dritten (z.B. Arbeitgeber) überwiesen: _____   |     |  |  |
| Die Beiträge werden vom Sozialamt _____ überwiesen.   |     |  |  |
| <b>Beginn der Versicherung</b>  |     |  |  |
| Ich beantrage die Versicherung zum _____.   |     |  |  |
| (Bitte beachten Sie, dass die freiwillige Versicherung grundsätzlich mit dem Tag nach dem Ende der bisherigen Versicherung/ Mitgliedschaft beginnt)   |     |  |  |
| <b>Pflegeversicherung</b>   |     |  |  |
| Kinderlose zahlen vom 01.01.2005 an in der Pflegeversicherung einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,35 %. Ausgenommen sind alle Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie alle Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden. Dieser Beitragszuschlag ist von Ihnen allerdings dann nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft nachgewiesen wird. Ein Nachweis ist nicht erforderlich, wenn ein Kind während der Zeit von 1994 bis jetzt mindestens 1 Tag kostenlos über Sie bei der <b>bkk melitta hmr</b> versichert war. Ansonsten reicht ein kopierter Nachweis (z.B. Geburts- oder Adoptionsurkunde, Vaterschaftsanerkennung etc.) aus. |     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Das 23. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet, bzw. ich bin vor dem 01.01.1940 geboren   |     | <input type="checkbox"/> Nachweis liegt bei    |  |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind war von 1994 bis jetzt mindestens 1 Tag bei der <b>bkk melitta hmr</b> familienversichert  |     | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder |  |
| <b>Familienangehörige</b>   |     |  |  |
| Ich möchte meinen Ehegatten/ meine Kinder familienversichern:   |     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.   |     |  |  |

### Einwilligung zur Datennutzung:

Ich bin damit einverstanden, dass die **bkk melitta hmr** meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich zu einer Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese freiwillige Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen.

Ja, ich bin damit einverstanden  Nein, ich bin damit nicht einverstanden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Zustimmung)

### Datenübermittlung an die Finanzverwaltung:

Die **bkk melitta hmr** ist dazu verpflichtet Ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erfolgte Beitragsrückerstattung oder ausgeschüttete Prämien der Finanzverwaltung zu melden, damit die Beiträge steuerlich berücksichtigt werden können. Bitte teilen Sie uns deshalb Ihre Steuer-Identifikationsnummer mit.

Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet: \_\_\_\_\_

### Erklärung

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse sowie meiner persönlichen Verhältnisse werde ich Ihnen unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnung führen.




Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die beigefügten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der bkk-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der bkk-Pflegeversicherung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum


\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Informationen der bkk melitta hmr zum Datenschutz

## 1. Vorwort

Für die  bkk melittahmr hat der Datenschutz höchste Priorität. Als gesetzliche Krankenversicherung legen wir besonderen Wert auf die Einhaltung des Datenschutzes Ihrer sensiblen Daten. Durch das aktuelle Datenschutzrecht haben Sie als Versicherter der  bkk melittahmr das Recht zu erfahren, welche Daten wir von Ihnen erheben und verarbeiten, ob diese Daten an Dritte weitergegeben werden, welche Rechte Sie uns gegenüber im Umgang mit Ihren persönlichen Daten haben und wie lange wir Ihre Daten aufbewahren. Darüber hinaus Informieren wir Sie auch, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie Fragen zum Datenschutz haben oder sich einmal beschweren möchten. Abschließend möchten wir Ihnen auf den folgenden Seiten den Umgang mit Ihren Sozialdaten so transparent wie möglich machen. Die folgenden Informationen gelten gleichermaßen auch für die Pflegekasse bei der  bkk melittahmr .

## 2. Verantwortliche Stelle

Wir, die  bkk melittahmr, sind eine gesetzliche Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie können uns über den folgenden Weg kontaktieren:


Hauptsitz:

 bkk melittahmr  
Marienstr. 122  
32425 Minden  
Tel.: 0571 93409-0

Als verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ergreifen wir alle erforderlichen Maßnahmen, um Ihre Sozialdaten bestmöglich zu schützen.

Bei allen datenschutzrechtlichen Fragen können Sie sich an unsere Datenschutzbeauftragte wenden, die Sie wie folgt erreichen:

 bkk melittahmr

Datenschutzbeauftragte der  bkk melittahmr  
Marienstr. 122  
32425 Minden  
E-Mail: datenschutz@bkk-melitta-hmr.de

## 3. Betroffener Personenkreis

Wir verarbeiten personenbezogene Daten von

- Mitgliedern
- mitversicherten Familienangehörigen
- Interessenten
- Vertragspartnern und Leistungserbringern (z. B. Ärzte, Masseure, Hilfsmittellieferanten, Finanzdienstleister)
- Arbeitgebern und deren Steuerberatern
- Bevollmächtigten und Beiständen
- Wirtschaftlich Berechtigten unserer Kunden (z. B. Drittschuldner, Schadenersatzpflichtige)

## 4. Arten von Sozialdaten

### 4.1 Mitglieder und Versicherte

#### Stammdaten

- Name, Vorname
- Anschrift
- Telefonnummer, Email-Adresse
- Geburtsdatum
- Krankenversicherungsnummer
- Rentenversicherungsnummer
- Geburtsort
- Geburtsname
- Geschlecht
- Staatsangehörigkeit
- ggf. Familienstand und Angehörige
- Bankverbindung
- Steuer-ID

#### Bewegungsdaten

- Beschäftigte: Versicherungs- und Beschäftigungszeiten, Arbeitgeber, Jahresarbeitsentgelt
- Arbeitssuchende: Zeiten der Arbeitslosigkeit und zuständige Agentur für Arbeit
- Freiwillige Mitglieder: Einkommensarten und Steuerbescheide
- Rentner: Rentenanspruchsdaten, Vorversicherungszeiten bei anderen Krankenkassen, Rentenhöhe, Betriebsrenten
- Familienversicherte: Schul- und Studienzeiten, Zeiten des Wehrdienstes, Einkommen
- Krankenversicherungspflichtige Studenten: Studienzeiten, besuchte Hochschule, ggf. Einkommen

#### Leistungsdaten



- Arztbehandlungsdaten: Leistungserbringer (behandelnder Arzt), Behandlungstag, Diagnose, Gebührennummer
- Zahnarztbehandlungsdaten: Leistungserbringer (behandelnder Zahnarzt), Behandlungstag, Diagnose, Gebührennummer
- Arzneimitteldaten: Abgabebetag, abgebende Apotheke, Arzneimittel-Pharmazentralnummer, Abgabepreis
- Arbeitsunfähigkeit: Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit, Feststellungsdatum, Diagnose, Merkmal „Arbeitsunfall“ oder „sonstiger Unfall“, bei Krankengeldanspruch: Höhe des Arbeitsentgelts und Vorerkrankungszeiten

- Heilmitteldaten: Leistungserbringer (z. B. Masseur), Behandlungstag, Gebührennummer, Behandlungskosten
- Hilfsmitteldaten: Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus), Abgabebetag, Art des Hilfsmittels, Kosten des Hilfsmittels
- Krankenhausbehandlung: Aufnahme- und Entlassungstag, Krankheitsdiagnosen, Krankenhaus, Behandlungsprozeduren, Kosten der Behandlung
- Fahrkosten: Transporttag, Leistungserbringer und Beförderungsmittel, Kosten
- Mutterschaft: Mutmaßlicher Entbindungstermin, Entbindungstag, Leistungserbringer (Hebamme), Tag der Leistungserbringung, Kosten
- Kassenspezifische Leistungen: Art der Leistung, Leistungszeitraum, Leistungserbringer, Kosten

### 4.2 Pflegeversicherung

- Stammdaten zur Person des Pflegebedürftigen
- Pflegegrad
- Angaben zum häuslichen Umfeld
- Stammdaten zur Pflegeperson
- Beginn und Ende der Pflegetätigkeit
- Meldegründe, Zeiträume
- Angaben zur Prüfung der Rentenversicherungspflicht, zum Beitrags-eintrag und Abführung an den Rentenversicherungsträger
- Angaben zur Qualifikation
- Daten für statistische Meldungen nach § 109 SGB XI

### 4.3 Arbeitgeber

Die  bkk melittahmr ist zugleich Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Die Arbeitgeber zahlen hierzu die von ihren Beschäftigten einbehaltenen Arbeitnehmeranteile mit ihren Arbeitgeberbeiträgen zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung an die  bkk melittahmr ein. Daneben zahlen sie auch ihre Beiträge zur Um-lageversicherung (Aufwendungsausgleich für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) sowie ggf. zur Insolvenzgeldumlage.

Zur Abwicklung dieser Aufgaben verarbeiten wir von den Arbeitgebern:

- Ordnungsmerkmale (z.B. Betriebsnummer, Zahlstellennummer)
- Name
- Anschrift
- Telefonnummer
- Bankverbindung
- Gesamtanzahl der Beschäftigten
- Beitrags-Soll, Beitrags-Ist
- ggf. gesellschaftsrechtliche Angaben (z. B. gesetzlicher Vertreter, Geschäftsführer, Handelsregistrauszüge)
- Daten für den Beitragseinzug
- Daten zum Mahnverfahren
- betreuende Stellen
- Daten für Betriebsprüfungen
- Daten für Abrechnungsarten

### 4.4 Leistungserbringer und Lieferanten

- Ordnungsmerkmale (z.B. Lieferantenummer, Institutionskennzeichen)
- Name
- Anschrift
- Telefonnummer/ E-Mail-Adresse/ Faxnummer
- Bankverbindung
- Daten über den Abrechnungsverkehr

## 5. Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung

### 5.1 Zwecke der Verarbeitung von Sozialdaten

Die personenbezogenen Daten, die wir von Ihnen erheben, benötigen wir, um unseren gesetzlichen Aufgaben nachkommen zu können. Nur so ist es möglich, Ihren Krankenversicherungsschutz sicherzustellen und Ihnen die Leistungen zukommen zu lassen, die zum Erhalt, der Wiederherstellung und der Verbesserung Ihrer Gesundheit erforderlich sind, aber auch, um unserer gesetzlichen Pflicht der korrekten Erhebung von Beiträgen nachkommen zu können. Ihre Daten werden daher für folgende Zwecke verarbeitet:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft
- Ausstellen der elektronischen Gesundheitskarte
- Durchführung von Beitragsangelegenheiten
- Prüfung und Gewährung von Leistungen
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit den Leistungserbringern
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von Vergütungsverträgen
- Vorbereitung und Durchführung von Modellvorhaben, Durchführung des Versorgungsmanagements, Durchführung von Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei den Leistungserbringern
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs, des Risikopools und der Disease-Management-Programme
- Gewinnung von Mitgliedern

- Beratung über Maßnahmen der Prävention und der Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege
- Koordinierung pflegerischer Hilfen

## 5.2 Gesetzliche Mitwirkungspflichten

**Leistungen:** Damit wir die Ihnen zustehenden Leistungen umfassend und zügig zur Verfügung stellen können, ist es erforderlich, dass Sie uns alle für die Prüfung Ihres Anspruchs notwendigen Angaben machen. Soweit uns diese erforderlichen Daten nicht zur Verfügung gestellt werden und wir auch keine Möglichkeit haben, diese an anderer Stelle zu beschaffen, kann es dazu kommen, dass wir Ihnen die beantragten Leistungen versagen oder bereits zugesagte einstellen müssen.

**Familienversicherung:** Zur Prüfung, ob die Angehörigen (Ehegatte, Kinder, ggf. Enkel-, Stief- und Pflegekinder) kostenfrei bei unseren Mitgliedern familienversichert werden können, benötigen wir diverse Angaben, Unterlagen und Nachweise. Diese Daten sind uns vorzulegen. Geschieht dies nicht, ist eine Familienversicherung nicht möglich. Infolgedessen kann es zu einer beitragspflichtigen Anschlussversicherung kommen.

**Mitgliedschaft:** Die Mitglieder sind verpflichtet, auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erforderlichen Tatsachen Auskunft zu erteilen. Hierzu gehören beispielsweise die Angabe des Arbeitgebers und den Beginn und das Ende einer Beschäftigung, bei Selbständigen auch die Aufnahme und das Ende der selbständigen Tätigkeit sowie ggf. erforderliche Nachweise (Gewerbemeldung).

**Beiträge:** Bei den Beschäftigten werden die Beiträge vom Arbeitgeber an uns weitergeleitet (s. auch Pkt. 4.3). Eine Mitwirkungs- und Mitteilungspflicht von Beitragsdaten besteht dennoch auch für Mitglieder, z. B. bei Beziehern von sog. Versorgungsbezügen (Betriebsrenten) oder Beschäftigten welche ein Arbeitseinkommen erzielen; sowie bei freiwillig Versicherten, deren Beiträge zur Krankenversicherung sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bemessen. Werden die Einnahmen nicht nachgewiesen (z. B. mittels Einkommensteuerbescheid) sind wir verpflichtet, die Beiträge nach der Beitragsbemessungsgrenze (sog. „Höchststufe“) festzusetzen, bis uns die Daten vorgelegt werden.

## 5.3 Einwilligung

Für bestimmte Leistungen der **bkk melittahmr** sieht der Gesetzgeber Ihre Einwilligungserklärung vor. Etwa beim

- Versorgungsmanagement,
- Entlassmanagement,
- Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder
- besonderen Versorgungsformen (z. B. Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung)

ist Ihre Einwilligung notwendig. Wir verarbeiten in diesen Fällen Ihre Daten erst dann zu diesen Zwecken, wenn uns Ihre schriftliche Erklärung vorliegt.

Aufgrund dieser gesetzlich vorgeschriebenen bzw. zugelassenen oder durch Ihre Einwilligung legitimierten Datenerhebungen ist die Verarbeitung Ihrer Sozialdaten rechtmäßig.

## 6. Datenerhebung bei Dritten

### 6.1 Sozialleistungsträger und Behörden

Kennzeichnend für das System der sozialen Sicherung ist die Zusammenarbeit der Leistungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Berufsgenossenschaften u.a.). Ziel ist es, den Versicherten die erforderlichen Leistungen unbürokratisch und bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen. Mögliche Unklarheiten oder Zuständigkeitsfragen sollen zwischen den Trägern und Behörden direkt geklärt werden. Im Rahmen dieser sog. „Amtshilfe“ erheben wir Daten direkt bei den anderen Leistungsträgern, soweit sie für unsere Aufgaben erforderlich sind. Auch wenden wir uns in Einzelfällen an Behörden außerhalb der Sozialversicherung, z. B. die Einwohnermeldeämter der Kommunen.

### 6.2 Leistungserbringer

Die Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken) übermitteln uns die Abrechnungsdaten für unsere Versicherten. Diese personenbezogenen Daten sind für die Abrechnung der Leistungen erforderlich und werden bei uns gespeichert.

### 6.3 Meldepflichtige Stellen

Damit wir unsere Aufgaben (u.a. Durchführung der Versicherung) reibungslos und zügig erledigen können, sind sog. „meldepflichtige Stellen“ (z.B. Arbeitgeber) verpflichtet, Daten-Meldungen auf dem elektronischen Weg direkt an uns abzusetzen.

## 7. Zugriff auf Ihre Daten

Unsere Mitarbeiter können die über Sie gespeicherten Sozialdaten abrufen, soweit die Daten für ihr Aufgabengebiet notwendig sind. Hierzu haben wir für unser EDV-System ein umfangreiches Rollen- und Berechtigungskonzept angelegt. Jedem Mitarbeiter wird danach eine bestimmte EDV-Rolle zugewiesen, die wiederum nur bestimmte, dem Tätigkeitsfeld entsprechende Berechtigungen beinhaltet. Alle Mitarbeiter sind auf die Einhaltung der Geheimhaltungsregeln verpflichtet. Zuwiderhandlungen haben arbeitsrechtliche bis hin zu strafrechtliche Konsequenzen.

## 8. Datenübermittlung

### 8.1 Gesetzliche Übermittlungspflichten

Das Sozialgesetzbuch sieht in bestimmten Verfahren vor, dass wir Ihre Sozialdaten übermitteln müssen. Ein typisches Beispiel ist die Meldung bei der Aufnahme oder dem Ende einer Beschäftigung. Diese Daten über-

mitteln wir an die Rentenversicherung, auf dass dort Ihr Rentenkonto ordnungsgemäß geführt werden kann. Auch bestehen für uns aktive Mitteilungs-pflichten, z. B. nach dem Infektionsschutzgesetz, zur Bekämpfung der Schwarzarbeit oder zur Abwendung geplanter Straftaten.

### 8.2 Übermittlung bei Auskunftersuchen

In Einzelfällen erhalten wir von anderen Stellen und Behörden Anfragen, mit denen um Auskunft zu bestimmten Personen gebeten wird. Dies können sein:

- andere Sozialleistungsträger
- Polizei und Staatsanwaltschaft
- Gerichte
- Zollämter zur Bekämpfung der Schwarzarbeit
- Finanzbehörden
- Verfassungsschutz

Ob und in welchem Umfang Auskunft gegeben werden darf, ist gesetzlich festgeschrieben. Die Einhaltung dieser Vorgaben prüfen wir sehr genau.

### 8.3 Übermittlung an Dienstleistungsunternehmen

Wir arbeiten mit externen Unternehmen zusammen, wie z. B. unser Rechenzentrum, Druckereien, Abrechnungsprüfstellen und Postdienstleister (sog. „Auftragsverarbeiter“). Nur so können wir sicherstellen, dass wir Ihre Wünsche schnell und kostengünstig befriedigen. Mit allen Dienstleistungsunternehmen werden in Verträgen die datenschutzrechtlichen Vorgaben festgelegt. Deren Einhaltung wird regelmäßig überprüft. Die Beauftragung eines Dienstleistungsunternehmens zeigen wir rechtzeitig bei unserer Aufsichtsbehörde (Bundesversicherungsamt) an.

### 8.4 Übermittlung ins Ausland

Wir verarbeiten Ihre Sozialdaten nur in Deutschland. Auch unsere Dienstleistungsunternehmen haben ihren Sitz in Deutschland. Eine Übermittlung ins Ausland findet grds. nicht statt. Lediglich in Einzelfällen wenden wir uns im Rahmen zwischenstaatlicher Abkommen an ausländische Sozialversicherungsträger, z. B. zur Abrechnung von Leistungen bei Entsendung, bei Urlaubsreisen oder bei sog. Grenzgängern.

## 9. Aufbewahrungsdauer

Ihre Sozialdaten werden grds. nur so lange aufbewahrt, wie sie für die Erfüllung unserer Aufgaben notwendig sind. Allerdings sehen gesetzliche Vorgaben oder Verordnungen längere Aufbewahrungsfristen vor. Wir orientieren uns an dem „Aufbewahrungskatalog“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung, der in Abstimmung mit den Aufsichtsbehörden erstellt und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wurde. Er gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen.

## 10. Ihre Rechte

### 10.1 Auskunftsrechte

Sie haben das Recht, von uns eine Bestätigung darüber zu erhalten, ob wir von Ihnen Daten verarbeiten. Ist dies der Fall, haben Sie das Recht auf detaillierte Auskunft zu diesen Daten. Dieses Recht kann allerdings teilweise eingeschränkt sein, z. B. bei unverhältnismäßigem Aufwand oder falls die Auskunftserteilung die Erfüllung unserer Aufgaben oder die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährden würde.

### 10.2 Berichtigung der Daten

Sollten Sie feststellen, dass die bei uns gespeicherten Daten Fehler aufweisen, haben Sie das Recht, dass diese berichtigt werden. Auch können Sie verlangen, dass die Daten ergänzt werden, soweit dies für den Zweck der Verarbeitung erforderlich ist.

### 10.3 Löschung Ihrer Daten

Sie haben das Recht, unter bestimmten Umständen die Löschung Ihrer Sozialdaten zu verlangen. Dies ist bspw. dann der Fall,

- wenn die Sozialdaten nicht mehr für unsere Aufgabenerfüllung benötigt werden,
- wenn Sie der Auffassung sind, dass wir die Daten unrechtmäßig verarbeitet haben,
- wenn die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, Sie diese aber widerrufen haben.

Dieses Recht kann jedoch eingeschränkt sein, wenn z.B. Aufbewahrungspflichten bestehen (s. auch Pkt. 9), wonach wir die Daten weiterhin für unsere Aufgaben benötigen, die Vorhaltung der Daten im öffentlichen Interesse steht oder die Löschung nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist.

### 10.4 Einschränkung der Verarbeitung

Sie können verlangen, dass die Verarbeitung Ihrer Sozialdaten eingeschränkt wird, u. a. wenn

- Sie die Richtigkeit der Daten bestritten haben, die Prüfung aber noch nicht abgeschlossen ist,
- Sie der Verarbeitung widersprochen haben, solange noch nicht abschließend geklärt ist, ob Ihr Widerspruch gerechtfertigt ist.

### 10.5 Beschwerden

Sollten Sie der Ansicht sein, dass wir Ihre Sozialdaten nicht nach den datenschutzrechtlichen Vorgaben verarbeiten, haben Sie das Recht, sich bei dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Graurheindorfer Str. 153

53117 Bonn

Tel.: 0228 997799-0

Fax: 0228 997799-550

Email: poststelle@bfdi.de-mail.de

zu beschweren.