

➔ Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname des Mitglieds: _____ Krankenversicherungsnummer: _____

Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung
 nicht gesetzlich krankenversichert

} versichert bei _____

} Name der Krankenkasse _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes

Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und - sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist - zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/ Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	-----	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	-----	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein



Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung - endet am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Vorname) _____ (Nachname) _____	(Vorname) _____ (Nachname) _____	(Vorname) _____ (Nachname) _____	(Vorname) _____ (Nachname) _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)		-----	-----	-----

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindungen bei Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____	_____ Euro (Art der Einkünfte) _____
Schulbesuch/ Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	-----	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstbescheinigung beifügen)	-----	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o.a. Angehörigen verändert (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Homepage unter www.bkk-melitta.de oder fordern Sie diese gern direkt bei uns an ☎ 0571 9759-0 oder ✉ datenschutz@bkk-melitta.de.

BKKM⁺
Melitta Plus



Die BKK in meiner Nähe • Fax: 04731 9334-200

www.bkk-melitta-plus.de • familienversicherung@bkk-melitta.de

Immer an meiner Seite

1. Vorwort

Für die BKK Melitta Plus 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 Melitta Plus 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 Melitta Plus.

2. Verantwortliche Stelle

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

Hauptsitz:

BKK Melitta Plus
Marienstr. 122
32425 Minden
Tel.: 0571 9759-0

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 Melitta Plus
Datenschutzbeauftragte der BKK Melitta Plus
Marienstr. 122
32425 Minden
E-Mail: datenschutz@bkk-melitta.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 Beitragseinzug und Abführung an den Rentenversicherungsträger
- Angaben zur Qualifikation
- Daten für statistische Meldungen nach § 109 SGB XI

4.3 Arbeitgeber

Die BKK Melitta Plus 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 Melitta Plus ein. Daneben zahlen sie auch ihre Beiträge zur Umlageversicherung (Aufwendungsausgleich für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) sowie ggf. zur Insolvenzgeldumlage.

Zur Abwicklung dieser Aufgaben verarbeiten wir von den Arbeitgebern:

- Ordnungsmerkmale (z.B. Betriebsnummer, Zahlstellenummer)
- 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 Melitta Plus 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 übermitteln wir an die Rentenversicherung, auf dass dort Ihr Rentenkonto ordnungsgemäß geführt werden kann. Auch bestehen für uns aktive Mitteilungspflichten, 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 den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Husarenstraße 30
53117 Bonn
Tel.: 0228 997799-0
Fax: 0228 997799-550
Email: poststelle@bfdi.bund.de
zu beschweren.