

Erklärung für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Zum Kollektivvertrag mit der Firma: _____

Versicherungsnummer (falls bekannt): _____

Vor- und Zuname der versicherten Person: _____

Bitte senden Sie uns diese Erklärung unverzüglich unterschrieben zurück. Ohne Abgabe dieser Erklärung ist eine Vertragsdurchführung, insbesondere die Kostenerstattung der tariflichen Leistungen, nicht möglich. Anspruch auf die vereinbarten Versicherungsleistungen hat die versicherte Person.

Füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder aus, kreuzen Sie die Erklärungen an und senden Sie uns dieses Formular unterschrieben vollständig zurück.

Erklärungen und Angaben der versicherten Person

Meine Anschrift lautet

| | | | | |
|-----------------------|---------------|--------|---------|-----------------|
| Straße und Hausnummer | | PLZ | Wohnort | |
| Telefonnummer | Telefaxnummer | E-Mail | | Mobilfunknummer |

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen mein Versicherungsverhältnis betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

| | | | | |
|-------------------|--|--|---|--------------------------------------|
| Bitte ankreuzen** | <input type="checkbox"/> ja, für Telefonnummer | <input type="checkbox"/> ja, für Telefaxnummer | <input type="checkbox"/> ja, für E-Mail | <input type="checkbox"/> ja, für SMS |
|-------------------|--|--|---|--------------------------------------|

*Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe siehe Angaben in der Dienstleisterliste ** Freiwillige Angaben

Bankverbindung für Erstattungen

| | | |
|---------------------------------|--|--------------|
| IBAN | | BIC |
| Name, Vorname des Kontoinhabers | | Geldinstitut |

Mir ist bekannt, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Schriftwechsel und Versicherungsscheine zu der betroffenen Krankenversicherung ggf. auch an den Versicherungsnehmer (Firma) sendet, soweit sich aus dem Schriftwechsel keine Gesundheits- oder Leistungsdaten ergeben.

Gesundheitsdaten sind durch den Gesetzgeber besonders geschützt. Ihr Arbeitgeber erhält keine Kenntnis von Ihren Gesundheitsdaten! Wie bei jedem Arztbesuch übermittelt Ihr Arzt personenbezogene Gesundheitsdaten lediglich zu Abrechnungszwecken an die Versicherung.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, 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. Assistance-Partner oder für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätige andere Dienstleistungsunternehmen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Durchführung des Versicherungsvertrages nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (unter 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.

1 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. meine durch meinen Arbeitgeber zur Beitragsfreistelung mitgeteilten Gesundheitsdaten und die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung - Fortsetzung

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Die dazu erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht in jedem Fall selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung **als Anlage** beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten

Die Durchführung des Versicherungsvertrages bezüglich Ihres Vertragsteils als zu versichernde Person ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten, nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Diese werden Ihnen im Rahmen der Antragsannahme zur Verfügung gestellt. Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter www.signal-iduna.de/datenschutzinfo. Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Die folgenden Einwilligungen sind, gegebenenfalls abhängig vom gewählten Versicherungsschutz, für die Antragsprüfung sowie die Begründung und Durchführung des Versicherungsvertrages erforderlich. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss des Versicherungsvertrages in der Regel nicht (betrifft Einwilligung Datenaustausch Arbeitgeber) bzw. nicht zu den gewünschten Konditionen (betrifft Einwilligung Datenaustausch Kooperationspartner) möglich sein wird.

Wir weisen darauf hin, dass sowohl der Antragsteller/Versicherungsnehmer als auch die zu versichernden Personen ab dem 16. Lebensjahr mit Ihren Unterschriften die folgenden Einwilligungen abgeben.

Einwilligungserklärung für einen Datenaustausch zwischen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. und dem jeweiligen Arbeitgeber mit dem die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. einen Kollektivvertrag geschlossen hat:

Voraussetzung für die private Krankenversicherung nach den Tarifen der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung ist ein bestehendes Arbeitsverhältnis des Versicherten mit dem jeweiligen Kollektivvertragspartner. Im Rahmen des bestehenden Kollektivvertrages ist es erforderlich Daten auszutauschen.

Ich bin damit einverstanden, dass sowohl durch den Kollektivvertragspartner als auch durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zum Zwecke der Vertragsdurchführung und -begründung folgende Daten an die Vertragspartner übermittelt werden:

• **Durch den Kollektivvertragspartner:** Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten (Telefon, Handy, E-Mail) sowie Beginn und Ende des Arbeitsverhältnisses des Versicherten.

• **Durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.:** Beginn, Typ, Beitrag und Versicherungsnummer der Zusatzversicherung, Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten zu allen versicherten Personen.

Mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. dem Ausscheiden aus dem Kollektivvertrag endet der Datenaustausch.

Bevor Sie dieses Formular unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Ermächtigungen und Erklärungen, insbesondere die "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung", die "Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten" sowie die "Einwilligung zur Datenverarbeitung". Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Ermächtigungen und Erklärungen zum Inhalt des Versicherungsschutzes.



Ort, Datum



Unterschrift der versicherten Person ab 16 Jahre bzw. bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter