

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN ERGÄNZEN.

Wir beraten Sie gern persönlich
unter **0202 438 3560**

Mo.-Fr. 8-20 Uhr, Sa. 9-15 Uhr – zum Ortstarif

Name und Anschrift Antragsteller

Name der BKK

1

Telefonnummer für Rückfragen

E-Mail für Informationen



„Ergänzt die Leistungen meiner Krankenkasse.
Bis zu **300€ pro Kalenderjahr** für osteopathische
Behandlungen und andere Naturheilverfahren.“

Monatsbeiträge

Kinder / Jugendliche (0-18 Jahre) **7,30 €**
Erwachsene **14,90 €**

Ja, ich will Versicherungsschutz für mich und die **unten genannten Personen**. Die zutreffenden Monatsbeiträge entnehme ich aus der oben stehenden Übersicht.

2

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	€
Vorname / Name	Name der BKK		Geburtsdatum	Monatsbeitrag (Bitte ergänzen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	€
Vorname / Name	Name der BKK		Geburtsdatum (Bitte ergänzen)	Monatsbeitrag (Bitte ergänzen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	€
Vorname / Name	Name der BKK		Geburtsdatum (Bitte ergänzen)	Monatsbeitrag (Bitte ergänzen)

Versicherungsbeginn:

0	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SEPA-Lastschriftmandat. Zahlungsempfänger: Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal Gläubiger-ID: 82ZZZ0000010327

Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger für mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt für die gewählte Versicherung. Ich kann innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

3

Versicherungsnehmer Abweichende Person

Kontoinhaber Name des Kreditinstituts

Bei abweichendem Kontoinhaber: Vorname, Nachname, Straße und Nr., PLZ und Ort

DE

IBAN BIC



Unterschrift Kontoinhaber

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie die Hinweise. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Lesen Sie bitte zudem auf der Rückseite die gesamte „**Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen**“. Diese betrifft den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten und enthält folgenden Einwilligungstatbestand: **Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G.**

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie die mitunterzeichnende zu versichernde Person die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungen ab.

4

Datum Unterschrift des Antragstellers Ggf. Unterschrift der weiteren zu versichernden Personen

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, 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 der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G. Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G.

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

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

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt im Einzelfall 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 selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogenen Daten für die Barmenia Krankenversicherung a. G. 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.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung a. G., Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/ 438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach §203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Anlage: Liste zu 1.

Barmenia Unternehmen, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren für Kundenstammdaten nutzen	
<ul style="list-style-type: none"> • Barmenia Krankenversicherung a. G., (Barmenia Kranken) • Barmenia Lebensversicherung a. G., (Barmenia Leben) • Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, (Barmenia Allgemeine) 	
Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
almeda GmbH	Medizinisches Telefon
Anycare GmbH	Disease-Management-Programme
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Indento GmbH	Zahnmedizinisches Management
International SOS Emergency Services GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Johanniter Unfall-Hilfe e.V.	Hilfe- und Beratungsleistungen zum Pflegefall
Kneier Consult GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
PAV CARD GmbH	Erstellung von Versicherungskarten („Card für Privatversicherte“)
Quality Smile GmbH	Zahnmedizinisches Management
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachterprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem 14-tägigen Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

Vertragsdauer

Die Vertragsdauer beträgt zwei Jahre. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn der Barmenia Krankenversicherung a. G. nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

Datenübermittlung

Es ist eine Datenübermittlung zwischen dem Versicherer und der Betriebskrankenkasse, bei der die BKK-Versicherung besteht, vorgesehen, damit die Gewährung von tariflichen Vergünstigungen geprüft werden kann und entsprechende Beratungen ermöglicht werden. Übermittelt werden Angaben zum Abschluss der Ergänzungsversicherung und ggf. Angaben zum Bestehen/zur Beendigung der BKK-Versicherung. In die erforderliche Datenübermittlung willige ich ein.

Hinweise

Weitere Datenschutzinformationen

Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritten als Beitragszahler) die angehängten „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht;
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.