



GRUNDDATEN

Mitgliedschaft ab	
Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Geburtsdatum
Name	Straße Hausnummer
Vorname	PLZ Ort
Krankenversicherternummer	Telefon/Handy
Rentenversicherungsnummer	E-Mail

ANGABEN ZUR PRÜFUNG DER VERSICHERUNG

Ich bin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Student(in) <input type="checkbox"/> arbeitslos	
<input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Beschäftigungs-/Studienbeginn	erstmalige Beschäftigung in Deutschland <input type="checkbox"/>
Name Arbeitgeber/Hochschule	
Straße Hausnummer	PLZ Ort

ANGABE VORVERSICHERUNG (BISHERIGE KRANKENKASSE)

zuletzt versichert bei (Name und Ort der Krankenkasse)	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	

ANGABE ZU KINDERN

Ich habe Kinder (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder) <input type="checkbox"/>	Sollen Angehörige (Kinder, Ehegatte) mitversichert werden? <input type="checkbox"/>
--	---

ANGABE ZUR FAMILIENVERSICHERUNG

EHEGATTE	Rentenversicherungsnummer
Vorname	Geburtsdatum
Familienname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
KIND 1	Rentenversicherungsnummer
Vorname	Geburtsdatum
Familienname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
KIND 2	Rentenversicherungsnummer
Vorname	Geburtsdatum
Familienname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Partnernummer	Vermittlernummer

DECKBLATT NICHT DRUCKEN ODER SCANNEN

Bitte zurück an:

MITGLIEDSANTRAG

<input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit ab			Datum		
Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Divers <input type="checkbox"/>	Name		Vorname
Geburtsdatum		Telefon/Handy (freiwillig)		E-Mail (freiwillig)	
Straße			Nr.	PLZ	Ort
Rentenversicherungsnummer (RVNR)				Wohnhaft bei	
Geburtsname <i>Name at birth</i>			Geburtsort <i>Place of birth</i>		Nur ausfüllen, wenn noch keine Deutsche Rentenversicherungsnummer vorliegt. <i>Only complete if pension insurance number has not been issued yet.</i>
Staatsangehörigkeit <i>Citizenship</i>			Geburtsland <i>Country of birth</i>		

VERSICHERUNGSRECHTLICHE ANGABEN (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus
<input type="checkbox"/> Student(in) ¹	Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn		<input type="checkbox"/> Ich übe nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus
Name Arbeitgeber/Hochschule			<input type="checkbox"/> Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf
Straße		Nr.	<input type="checkbox"/> Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II
PLZ	Ort		<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab <input type="text" value="Datum"/>
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt <i>Euro</i>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenantrag gestellt am <input type="text" value="Datum"/>
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert		Einmalige Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland ¹
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)	Summe <i>Euro</i>	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt ¹
<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text" value="ab"/>			<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz ¹
			<input type="checkbox"/> Ich bin Student(in) & selbstständig
			Wöchentliche Arbeitszeit
			<input type="checkbox"/> Ich mache ein Duales Studium
			<input type="checkbox"/> Ich arbeite neben dem Studium <input type="text" value="Stunden"/>
Ich habe mich befreien lassen von:			
<input type="checkbox"/> Krankenversicherungspflicht		<input type="checkbox"/> Rentenversicherungspflicht	
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungspflicht			
<input type="checkbox"/> Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung ausgeschlossen/erloschen			

LETZTE KRANKENVERSICHERUNG

Versichert von/bis	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
Name und Ort der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Name des Hauptversicherten
	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	

ELTERNEIGENSCHAFTEN

Ich habe Kinder (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)

ANGABEN ZU ANGEHÖRIGEN

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder) die beitragsfrei mitversichert werden sollen

X
Datum, Unterschrift

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.

Partnernummer	<input type="text" value=""/>
Vermittlernummer	<input type="text" value=""/>

¹ Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

BEITRAGSFREIE FAMILIENVERSICHERUNG FÜR MEINE ANGEHÖRIGEN

Für die beitragsfreie Familienversicherung benötigen wir einige Informationen, die sich auf Ihr Kind / Ihre Kinder beziehen und ggf. auch auf Ihren Ehegatten. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

ALLGEMEINE ANGABEN DES MITGLIEDS

Anlass/Beginn für die Aufnahme in die Familienversicherung ab

 (bitte Datum eintragen)

- Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Angaben zum Familienstand des Mitglieds

- ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

A. ANGABEN ZU DEN ANGEHÖRIGEN, DIE SIE NEU BEI UNS FAMILIENVERSICHERN WOLLEN

ALLGEMEINE ANGABEN	EHEGATTE	KIND	KIND
1 Vorname			
2 Abweichender Familienname <i>Bitte Heirats-/Geburtsurkunde beifügen.</i>			
3 Geburtsdatum			
4 Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
5 Das Kind ist mein ... <i>*die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</i>		<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibl. Kind* <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
6 Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? <i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
7 Abweichende Anschrift Straße PLZ, Ort			
8 Rentenversicherungs-Nr.			
Zeilen 9–12 nur ausfüllen, falls Ihr Angehöriger noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat.			
9 Diese Angaben benötigen wir für die Vergabe der lebenslangen, personengebundenen Krankenversicherungsnr. Geburtsname			
10 Geburtsort			
11 Geburtsland			
12 Staatsangehörigkeit			
ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> eigene Versicherung
13 Wie war Ihr Angehöriger bisher krankenversichert?			
14 Bis wann? Datum			
15 Bei welcher Krankenkasse/Privatversicherung? Name Anschrift			
16 Wer war der Hauptversicherte? Name Geburtsdatum			
17 Hat sich Ihr Angehöriger von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
18 Wann? Datum			
Bei welcher Krankenkasse? Name Anschrift			

Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite

ANGABEN ZU EINKÜNFTE

		EHEGATTE	KIND	KIND
19	Selbstständige Tätigkeit <i>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</i>	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
20	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
21	Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
22	Sonstige Renten	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
23	Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
24	„Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung bei Verlust des Arbeitsplatzes)“	Einmal-/Sonderzahlung €	Einmal-/Sonderzahlung €	Einmal-/Sonderzahlung €
25	Mein Angehöriger hat Leistungsansprüche nach dem Versorgungsgesetz (BVG, SVG, OEG o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT – KIND(ER)

26	Zurzeit ausgeübte Tätigkeit vom–bis <input type="text"/> vom–bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Studium
27	Studium an der Uni / Fachhochschule Name <input type="text"/>	<p>Wichtig: Falls Schulbesuch / Berufsausbildung bei Kind ab 23 Jahren, aktuelle Bescheinigung beifügen. Bei Studium im Ausland Studienbescheinigung beifügen.</p>	
28	Wehr-/Zivil-/Freiwilligendienst geleistet vom–bis <input type="text"/>	<p>Wichtig: Dienstzeitbescheinigung beifügen.</p>	

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT – EHEGATTE

Nur ausfüllen, falls Sie Ihren Ehegatten neu bei uns familienversichern wollen.

29	Mein Ehegatte befindet sich in Mutterschutz	<input type="checkbox"/> ja
30	nimmt Elternzeit in Anspruch	<input type="checkbox"/> ja
31	voraussichtlich bis Datum <input type="text"/>	
32	Mein Ehegatte absolviert ein Studium	<input type="checkbox"/> ja
33	voraussichtlich bis Datum <input type="text"/>	
34	an folgender Uni / Fachhochschule Name <input type="text"/>	
35	mein Ehegatte ist verbeamtet	<input type="checkbox"/> ja
36	falls „ja“ es besteht Anspruch auf Beihilfe oder Anspruch auf Krankheitsfürsorge in Anwendung der Beihilfavorschriften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte Bescheinigung des Dienstherrn beifügen.
37	Mein Ehegatte übt eine selbstständige Tätigkeit aus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
38	mit folgendem Zeitaufwand <input type="text"/> Wochenstunden	
39	und beschäftigt Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> ja


Fortsetzung der Angaben zu den Angehörigen auf der Rückseite

B. ANGABEN ZUM EHEGATTEN

UNBEDINGT AUSFÜLLEN, WENN SIE VERHEIRATET SIND, **ABER NUR DAS KIND/DIE KINDER BEI DER DAK-GESUNDHEIT FAMILIENVERSICHERT SEIN SOLLEN.**

1	Vorname / Geburtsdatum			
2	Abweichender Familienname			
3	Mein Ehegatte ist mit dem Kind bzw. den Kindern verwandt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>falls „nein“</i> → keine weiteren Angaben zum Ehegatten
4	Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>falls „ja“</i> → außer Zeile 5 keine weiteren Angaben zum Ehegatten
5	und zwar bei der	Name		
6	Mein Ehegatte hat eigene Einkünfte falls „ja“: bitte auch Angaben zu Ihren Einkünften (Zeile 9)	<input type="checkbox"/> nein	<i>(z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche und sonstige Renten, ausländische Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, Abfindungen, Einmal-/Sonderzahlungen wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld).</i>	
7		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn)	Einmalzahlung	Sonderzahlung
		€	€	€
8		Art der Einkünfte		
9	Ich selbst habe folgende Einkünfte	<i>Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (siehe oben).</i>		
		mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn)	Einmalzahlung	Sonderzahlung
		€	€	€
		<i>Bitte angeben, da uns nicht zwingend alle Einkünfte bekannt sind.</i>		
zu Zeilen 7–9		Bitte Einkommensnachweis beifügen (z. B. aktuellen Einkommensteuerbescheid, aktuelle Gehaltsbescheinigung), auch für Familienzuschläge (z. B. Verheirateten-/ Kinderzuschläge).		

C. UNTERSCHRIFT

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Das gilt insbesondere, wenn sich die Einkommensverhältnisse meiner Angehörigen ändern oder diese selbst Mitglied der DAK-Gesundheit oder einer anderen Krankenkasse werden.

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift * 1)	ggf. Unterschrift der / des Familienangehörigen * 2)	
<p>* 1) Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.</p> <p>* 2) Nur bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.</p>			
Bei Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar (Angaben sind freiwillig)	Telefon	E-Mail	

Datenschutzhinweis nach Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679: 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. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Bitte senden an: DAK-Gesundheit, Postzentrum, 22788 Hamburg



EINWILLIGUNG ZUR KONTAKTAUFNAHME

PERSÖNLICHE DATEN

Name
Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Geburtsdatum

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann – entweder durch ein formloses Schreiben, telefonisch oder per E-Mail an:

 DAK-Gesundheit
Postzentrum
22788 Hamburg

 dsgvo@dak.de

 040 325 325 770

KONTAKTDATEN

Festnetznummer
Mobilfunknummer
E-Mail

Ich willige ein, dass die DAK-Gesundheit oder von ihr beauftragte Dienstleister meine rechtmäßig erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten verarbeiten dürfen, um mich über allgemeine Leistungs- und Serviceangebote sowie Veranstaltungen der DAK-Gesundheit und ihrer Kooperationspartner zu informieren und um Kundenbefragungen und Feedbackgespräche durchzuführen.



Datum, Unterschrift (bei unter 16-Jährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Vielen Dank, dass Sie uns die papierlose Kontaktaufnahme erlauben und uns damit helfen, einen weiteren Beitrag zum Umweltschutz zu leisten!

 Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf dak.de/dsgvo

DATENSCHUTZRECHTLICHE INFORMATION

FÜR DIE KONTAKTAUFNAHME NACH ARTIKEL 13 UND 14 DSGVO
IN VERBINDUNG MIT § 82 UND 82A SGB X

Identität der Verantwortlichen

DAK-Gesundheit
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
Telefon: 040 325 325 555
service@dak.de

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte der DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
datenschutz@dak.de

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage

Die DAK-Gesundheit nutzt Ihre personenbezogenen Daten zur Mitgliedergewinnung und zur Mitgliederbestandspflege, einschließlich der Haltearbeit.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zwecke beruht auf

- einer von Ihnen auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO erteilten Einwilligung oder
- zur Gewinnung von Mitgliedern auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO, ggf. i. V. m. § 284 Abs. 4 SGB V.

Datenquellen

Für die Auswertung von versichertenbezogenen Daten wird ausschließlich auf die nach § 284 Abs. 1 SGB V rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten zurückgegriffen. Die Mitgliedergewinnung basiert gemäß § 284 Abs. 4 SGB V auf Daten aus allgemein zugänglichen Quellen.

Kategorien von Daten

Bei den Kategorien von Daten handelt es sich um Kontaktdaten:

- Vor- und Nachname,
- Geburtsdatum,
- ggf. Krankenversicherungsnummer,
- Kontaktmöglichkeiten wie Anschrift, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse

Kategorien von Empfängern

Datenempfänger – neben der DAK-Gesundheit – sind Dienstleister, die im Auftrag der DAK-Gesundheit die Daten zu den oben genannten Zwecken verarbeiten: IT- und Kommunikationsdienstleister, Marketing-/Event-Agenturen, Lettershops sowie Telekommunikationsanbieter und Logistkdienstleister. Diese Empfänger müssen die Garantie dafür bieten, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung die Anforderungen der DSGVO und der Sozialgesetzbücher, u. a. des SGB X, erfüllen und die Rechte der betroffenen Personen gewahrt werden.

Keine Datenübermittlung in Drittländer

Eine Übermittlung der erhobenen Daten in ein Drittland (Staaten außerhalb der Europäischen Union beziehungsweise des Europäischen Wirtschaftsraums) oder an eine internationale Organisation findet nicht statt.

Speicherdauer

Die von Ihnen angegebenen Daten werden entsprechend den oben genannten Verarbeitungszwecken verarbeitet und zu diesen Zwecken so lange gespeichert, bis die von Ihnen erteilte Einwilligung ganz oder teilweise widerrufen wird oder der gesetzliche Auftrag entfällt.

Ihre Rechte

Nachfolgend möchten wir Sie auf die Ihnen als betroffene Person, deren personenbezogene Daten verarbeitet werden (sollen), zustehenden Rechte aufmerksam machen:

- **Recht auf Widerruf einer Einwilligung**

(Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Soweit die Verarbeitung der personenbezogenen Daten auf einer von Ihnen erteilten Einwilligung beruht, können Sie die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, entweder durch ein formloses Schreiben, telefonisch oder per E-Mail an:

DAK-Gesundheit, Postzentrum, 22788 Hamburg

Telefon: 040 325 325 770

dsgvo@dak.de

- **Recht auf Widerspruch**

(Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Das Recht auf Widerspruch beinhaltet für betroffene Personen die Möglichkeit, in einer besonderen Situation der weiteren Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen, soweit diese durch die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben oder öffentlicher sowie privater Interessen gerechtfertigt ist. Darüber hinaus ist im Falle der Direktwerbung ein Widerspruch in die werbetechnische Datenverarbeitung auch ohne Angabe von Gründen und ohne Interessenabwägung zulässig.

- **Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten**

(Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)

Mit dem Recht auf Auskunft erhält die betroffene Person eine Einsicht in die sie angehenden Daten und einige andere wichtige Kriterien wie beispielsweise die Verarbeitungszwecke oder die Speicherdauer.

- **Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten**

(Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Das Recht auf Berichtigung beinhaltet die Möglichkeit für die betroffene Person, unrichtige sie angehende personenbezogene Daten korrigieren zu lassen.

- **Recht auf Löschung**

(Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Das Recht auf Löschung beinhaltet die Möglichkeit für die betroffene Person, Daten beim Verantwortlichen löschen zu lassen. Das ist allerdings nur dann möglich, wenn die sie angehenden personenbezogenen Daten nicht mehr notwendig sind, rechtswidrig verarbeitet werden oder eine diesbezügliche Einwilligung widerrufen wurde.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung**

(Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Möglichkeit für die betroffene Person, eine weitere Verarbeitung der sie angehenden personenbezogenen Daten vorerst zu verhindern. Eine Einschränkung tritt vor allem in der Prüfungsphase anderer Rechtswahrnehmungen durch die betroffene Person ein.

- **Recht auf Datenübertragbarkeit**

(Art. 20 DSGVO)

Das Recht auf Datenübertragbarkeit, soweit es für diese Datenverarbeitungen Anwendung findet, beinhaltet die Möglichkeit für die betroffene Person, die sie angehenden personenbezogenen Daten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format vom Verantwortlichen zu erhalten, um sie ggf. an einen anderen Verantwortlichen weiterleiten zu lassen.

Hinweis

Das Ausüben Ihrer vorgenannten Rechte hat keine Auswirkungen auf die Verarbeitung von Sozialdaten zur Erfüllung Ihres Mitgliedschafts- beziehungsweise Versicherungsverhältnisses bei der DAK-Gesundheit und zur Wahrnehmung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben der DAK-Gesundheit als Kranken- und Pflegekasse.

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

- Bundesbeauftragte/r für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Straße 153
53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de oder
poststelle@bfdi.de-mail.de
- Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
poststelle@bas.bund.de oder
poststelle@bas.de-mail.de