

### Anmeldung zur betrieblichen Krankenversicherung (Arbeitnehmeranmeldung)

#### 1. Arbeitgeber

- Klinikum Bielefeld gGmbH
- Dienstleistungsgesellschaft Klinikum Bielefeld mbH
- Reinigungsgesellschaft Klinikum Bielefeld mbH
- Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Bielefeld GmbH
- Zentrum für Pflege und Gesundheit gGmbH

#### 2. Persönliche Angaben des Mitarbeiters (Arbeitnehmer)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_  Frau  Herr

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Firmeneintritt: \_\_\_\_\_ Personalnummer: \_\_\_\_\_

#### 3. Tarif(e) und Versicherungsbeginn

Versicherungsbeginn: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_

Ich möchte mich für folgendes AXA FlexMed Tarifpaket anmelden:

- Zahnersatz Premium zum Beitrag von 18,45 EUR mtl.
- Stationär Komfort zum Beitrag von 23,05 EUR mtl.
- Zahnersatz Premium + Zahnbehandlung Premium zum Beitrag von 29,34 EUR mtl.
- Stationär Komfort + Zahnersatz Premium zum Beitrag von 41,50 EUR mtl.
- Stationär Komfort + Zahnersatz Premium + Zahnbehandlung Premium zum Beitrag von 52,39 EUR mtl.

Der Beitrag wird vom Arbeitgeber monatlich vom Nettoeinkommen einbehalten und an die AXA Krankenversicherung AG abgeführt (Nettolohnverzicht).

Die An- und Abmeldung zur betrieblichen Krankenversicherung erfolgt listenmäßig durch den Arbeitgeber. Es gelten die Regelungen des zwischen der AXA Krankenversicherung AG und der Klinikum Bielefeld gGmbH geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages Nr. 2017-0-040, sowie die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, in der jeweils gültigen Fassung:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Tarifeinheit FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I)
- Tarifbedingungen für die Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (AVB Teil II)

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die umseitigen Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe und mit diesem Vorgehen einverstanden bin. Ferner erkläre ich, dass ich auf eine persönliche Beratung verzichte und dass ich zum obig genannten Versicherungsbeginn von meinem Arbeitgeber zur Gruppenversicherung angemeldet werden möchte.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

### **Hinweise zum Datenschutz**

#### Grundsätze der Datenverarbeitung:

Der Auftraggeber willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten, inklusive aller Gesundheitsdaten, aus den Antragsunterlagen und der Vertragsdurchführung (z. B. Beiträge, Versicherungsfälle, Kündigungen, Risiko- und Vertragsänderungen) erhoben, verarbeitet und verwendet sowie an Versicherer bzw. Vermittler oder an andere mit der Vermittlung und Betreuung befasste Personen und Unternehmen übermittelt werden, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist. Der Makler kann auf Grund seiner Tätigkeit ein Gesamtbild über die in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen erhalten.

Weitergehende Informationen finden Sie auf unserer Website [www.schuster-bielefeld.de](http://www.schuster-bielefeld.de).

Diese Hinweise stellen wir Ihnen auf Wunsch auch in Papierform zur Verfügung.

### **Einwilligung in die Datenverarbeitung**

#### Kommunikation:

**Der Auftraggeber willigt ausdrücklich ein, dass ihn der Makler mittels sämtlicher Medien kontaktiert und ihn, auch über die bestehende Geschäftsbeziehung hinausreichend, informieren darf. Hierdurch sollen vor allem die reibungslose Übergabe der Betreuung und die Abwicklung etwaiger nachvertraglicher Fragen im Interesse des Auftraggebers gesichert werden. Diese Einwilligung kann vom Auftraggeber jederzeit beschränkt oder widerrufen werden.**

#### Widerrufsrecht:

Der Auftraggeber kann diese Einwilligung jederzeit auch teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Der Auftraggeber erklärt ausdrücklich, dass er die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen hat.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

## **Rücksendung der Anmeldung**

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung an uns zurück. Die Rücksendung erfolgt bitte an folgende Adresse:

SCHUSTER VERSICHERUNGSMAKLER GMBH  
Abteilung Personenversicherung  
Am Bach 1b  
**33602 Bielefeld**

## **Alternative Möglichkeiten der Rücksendung**

### **Rücksendung per E-Mail**

Nutzen Sie gerne auch die Möglichkeit, uns die gescannte Anmeldung als E-Mail Anhang im PDF-Format oder als hochauflösendes Foto zukommen zu lassen. Ihre E-Mail richten Sie bitte an folgende Adresse:

[vorsorge@schuster-bielefeld.de](mailto:vorsorge@schuster-bielefeld.de)

### **Rücksendung per Telefax**

Eine Rücksendung per Telefax ist ebenfalls möglich. Unsere Faxnummer lautet:

+49 (0)521 5836 807