

## FAQs zum Thema betriebliche Krankenversicherung (bKV)

### Inhaltsverzeichnis

<b>Generelle Fragen zu den Rahmenbedingungen</b>	<b>1</b>
Zwischen welchen Budgetmodellen wird in der bKV unterschieden?	1
Wie können zusätzliche Bausteine bei einem bestehenden GV ergänzend aufgenommen werden?	1
Wie können in einem bestehenden GV ergänzend Budgettarife aufgenommen werden?	1
Welche „Mitarbeiter:innen“ kann ein Arbeitgeber in der bKV versichern?	1
Welches Höchsteintrittsalter gilt in der bKV und bei der Absicherung von Familienangehörigen?	1
Wie können Familienangehörige die Services nutzen?	2
Kann eine bKV für 450-EUR-Kräfte abgeschlossen werden?	2
Welche Mindestanzahl muss erfüllt werden, dass überhaupt ein bKV Angebot erstellt werden kann?	2
Welche Mindestlaufzeit gilt?	4
Was geschieht, wenn die Anzahl der versicherten Personen unter 10 bzw. 5 fällt?	4
Ist es möglich Neuanmeldungen immer nur zu einem bestimmten Stichtag zu melden?	4
Können auch Vereine und Verbände eine bKV für Mitglieder abschließen?	4
Was muss bei der Festlegung von Tarifierungsgruppen beachtet werden?	4
Kombinierbarkeiten im Budgetmodell	4
Wird der Höchstbetrag im Budgetmodell bei unterjährigem Versicherungsbeginn gekürzt?	5
Kann eine bKV für Grenzgänger abgeschlossen werden?	5
Was ist bei Doppelversicherung zu tun?	5
Was ist zu tun, wenn Mitarbeiter:innen die bKV vom Arbeitgeber nicht möchten?	6
Was passiert bei Ausscheiden der Mitarbeiter:innen aus dem versicherbaren Personenkreis (Weiterversicherung)?	7
<b>GV-Erstellung</b>	<b>7</b>
Wie wird ein GV erstellt?	7
<b>Anmeldung der zu versichernden Personen</b>	<b>7</b>
Wie werden die Mitarbeiter:innen angemeldet?	7
Was ist beim Ausfüllen der Excel-Liste zu beachten?	7
Wie schnell werden die Bescheinigungen an die Mitarbeiter:innen versendet?	8
<b>Abmeldung der zu versichernden Personen</b>	<b>8</b>
Wie werden die Mitarbeiter:innen abgemeldet?	8
<b>Tarife</b>	<b>8</b>
Sind beim Tarif Heilpraktiker und im Budgetmodell auch Leistungen abgesichert, die nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis abgerechnet werden?	8
Bleibt der Beitrag pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter für die gesamte Vertragslaufzeit gleich?	8

Tarifierungsgruppen bei KT – müssen Gruppen abhängig vom Gehalt gebildet werden?	8
Sind Vorerkrankungen beim Tarif KT abgesichert?	9
Können auch Selbstständige (z.B. Inhaber/innen einer Personengesellschaft) KT bekommen?	9
Können PKV-Versicherte auch KT bekommen?	9
Können 450-EUR-Kräfte ein KT bekommen?	9
<b>Laufende Behandlungen</b>	<b>10</b>
<b>Leistungen im Ausland Bausteinmodell</b>	<b>11</b>
Zahn-Tarife	11
Vorsorge-, VorsorgeExtra-, Sehhilfe-, Heilpraktiker-Tarif	12
Krankenhaus -Tarife	13
Krankentagegeld-Tarif	14
<b>Leistungen im Ausland Budgetmodell</b>	<b>15</b>
<b>Fragen zu „Erklärungen zur Datenverarbeitung“</b>	<b>15</b>
Wo finden sich die Erklärungen zur Datenverarbeitung und wie sind sie einzureichen?	15
Warum müssen die Mitarbeiter:innen die Erklärungen zur Datenverarbeitung unterschreiben?	15
Entsprechen die Erklärungen zur Datenverarbeitung einem branchenweiten Standard?	15
Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen Passagen aus den Erklärungen zur Datenverarbeitung streichen oder später widerrufen?	16
Sind die Erklärungen zur Datenverarbeitung eine generelle Freigabe, sämtliche Gesundheitsdaten nach Allianz Bedarf weiterzugeben?	16
Werden mit den Erklärungen zur Datenverarbeitung die Ärztinnen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht befreit, sodass sie sich mit der Allianz zu den Gesundheitsdaten der Mitarbeiter:innen austauschen?	16
Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen ihre Ärztinnen und Ärzte dann nicht von der Schweigepflicht entbinden und die angeforderten Unterlagen nicht zur Verfügung stellen?	16
Gilt die Erklärung zur Datenverarbeitung für alle Arten/Bausteine der betrieblichen Krankenversicherung?	16
Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen die Erklärungen zur Datenverarbeitung nicht unterzeichnen?	16
Warum müssen Mitarbeiter:innen uns eine Freigabe zur Weitergabe der Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers erlauben?	17
Übermittlung von Mitarbeiterdaten zur Vertragsdurchführung der bKV an die APKV durch den Arbeitgeber	17
<b>Steuer &amp; Arbeitsrecht</b>	<b>17</b>

## Generelle Fragen zu den Rahmenbedingungen

### Zwischen welchen Budgetmodellen wird in der bKV unterschieden?

In der vertrieblichen Kommunikation gegenüber Kunden (Arbeitgeber und Mitarbeiter:innen) nennen wir die Budgetmodelle MeinGesundheitsBudget Plus und MeinGesundheitsBudget Best. Diese bestehen allerdings aus zwei rechtlich selbstständigen Tarifen:

- **MeinGesundheitsBudget Plus**  
= MeinGesundheitsBudget kombi mit bKV Zahnersatz Plus
- **MeinGesundheitsBudget Best**  
= MeinGesundheitsBudget kombi mit bKV Zahnersatz Best

Wir geben in der Endkundenkommunikation nur die jeweiligen Beitragssummen an.

Die Tarife bKV MeinGesundheitsBudget kombi können nicht allein abgeschlossen werden. Sie sind mit einem bKV Zahnersatztarif (= bKV Zahnersatz Plus oder bKV Zahnersatz Best) zu kombinieren.

Wir weisen die Tarife in sämtlicher Korrespondenz (z.B. Bescheinigung für den Versicherten samt Anlagen, Versicherungsschein („Sammelpolice“), Inkassodokumente) getrennt aus.

### Wie können zusätzliche Bausteine bei einem bestehenden GV ergänzend aufgenommen werden?

Eine E-Mail an den Gruppenpostkorb *Kranken-Firmen@allianz.de* mit der Bitte um einen entsprechenden Nachtrag zu bestehendem GV schicken.

### Wie können in einem bestehenden GV ergänzend Budgettarife aufgenommen werden?

Dies ist ebenfalls per Nachtrag zum Gruppenversicherungsvertrag sofort möglich, sofern **kein leistungsgleicher Tarif** versichert ist:

- MeinGesundheitsBudget: Seehilfe, Heilpraktiker, Zahnbehandlung, Zahnersatz
- MeinGesundheitsbudget kombi: Seehilfe, Heilpraktiker, Zahnbehandlung

**Leistungsgleiche Tarife** können immer nur zum 1.1. eines Kalenderjahres durch Budgettarife ersetzt werden.

Achtung: Eine private Weiterführung im Bausteintarif ist nicht möglich, da der Tarifbereich weiterhin versichert ist.

### Welche „Mitarbeiter:innen“ kann ein Arbeitgeber in der bKV versichern?

Jede volljährige Mitarbeiterin und jeder volljährige Mitarbeiter kann über die bKV versichert werden. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, neben den Arbeitnehmern:innen auch Vorstandsmitglieder bzw. Geschäftsführer:innen, Firmeninhaber:innen und Auszubildende (ab dem 16. Lebensjahr) zu versichern.

Bitte beachten: Nicht alle Tarife sind für PKV- Versicherte offen und es gelten Besonderheiten bei Krankentagegeld (Seite 8).

### Welches Höchst Eintrittsalter gilt in der bKV und bei der Absicherung von Familienangehörigen?

Das Höchst Eintrittsalter für die bKV ist 69 Jahre; bei Krankentagegeld 66 Jahre.

Das Höchst Eintrittsalter für Familienangehörige von bKV- Versicherten ist 64 Jahre.

### Wie können Familienangehörige die Services nutzen?

Die einfachste Legitimation ist ein Anruf oder eine Terminvereinbarung aus der Gesundheits-App.

Bei einem telefonischen Anruf über die Hotline sollten Name, Geburtsdatum und Versicherungsnummer der VP bekannt sein.

### Kann eine bKV für 450-EUR-Kräfte abgeschlossen werden?

Seitens der APKV spricht nichts dagegen (Achtung: KT ist nicht möglich).

Achtung: aus arbeitsrechtlicher Sicht darf eine 450-EUR-Kraft jedoch nicht schlechter gestellt werden als eine Vollzeitkraft.

Abhängig von der gewählten Versteuerungsart: Sollte die Summe aus Gehalt und steuer- & sozialpflichtigem bKV-Beitrag die 450-EUR-Grenze übersteigen, verliert die Person den Status eines geringfügig Beschäftigten. Um ihren Status als geringfügig Beschäftigte nicht zu verlieren, können 450-EUR-Kräfte der bKV widersprechen.

### Welche Mindestanzahl muss erfüllt werden, dass überhaupt ein bKV Angebot erstellt werden kann?

Für Unternehmen, die **insgesamt mindestens 10 Personen** absichern, müssen je Tarif (Tarifierungsgruppen übergreifend) mindestens x Personen über alle sachlich abgrenzbaren Gruppen hinweg versichert werden.

<b>Mindestens 5 versicherte Personen</b>	<b>Mindestens 10 versicherte Personen</b>
Budgetpakete mit Budgethöhe 600 EUR oder mehr*	Budgetpaket mit Budgethöhe 300 EUR*
bKV Vorsorge	bKV Krankenhaus
bKV VorsorgeExtra	bKV Krankentagegeld
bKV Zahnbehandlung	bKV Zahnersatz <b>Plus</b> oder <b>Best</b>
bKV Krankenhaus bei Unfall	bKV Heilpraktiker
bKV Reise	bKV Seehilfe

\* = In den Budgetpaketen bKV MeinGesundheitsBudget Plus bzw. Best müssen über alle Budgethöhen jeweils mindestens 10 Personen versichert sein, da die Tarife Zahnersatz Plus/Best Teil dieser Budgetpakete sind. Die Mindestbeteiligung von 10 Personen in bKV Zahnersatztarifen kann auch durch eine Mischung von Budgetpaketen und Bausteinen in verschiedenen Tarifierungsgruppen erreicht werden. Werden mindestens 2 Gruppen mit Budgetpaketen gebildet, sind auch Budgetpakete mit 300 EUR bereits ab 5 Personen möglich.

Bei der Mindestanzahl an Personen in den Budgettarifen- bzw. -paketen werden die Personenzahlen der Pakete MeinGesundheitsBudget sowie MeinGesundheitsBudget Plus bzw. Best der gleichen Budgethöhe zusammengezählt.

### Beispiele:

- 1) Zulässige Konstellation:  
10 kaufmännische Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsbudget Plus 600  
2 Geschäftsführer:innen (PKV): MeinGesundheitsbudget 600
- 2) Zulässige Konstellation:  
3 kaufmännische Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Plus 600  
7 gewerbliche Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Plus 900  
2 Geschäftsführer:innen (PKV): MeinGesundheitsBudget 600
- 3) Nicht zulässige Konstellation:  
8 kaufmännische Mitarbeiter:innen (GKV): MeinGesundheitsBudget Plus 600

2 Geschäftsführer:innen (PKV): MeinGesundheitsBudget 600

**Grund:** Die Mindestbeteiligung (10 Personen) für bKV Zahnersatz Plus (im Paket MeinGesundheitsBudget Plus enthalten) ist nicht erreicht.

**Ausnahme:** Firmen mit mindestens 5 versicherten Personen (Konzept 5-9 Mitarbeiter:innen).

Bei diesen Firmen kann der Arbeitgeber aus den Bausteinen Vorsorge, VorsorgeExtra, Zahnersatz Plus, Zahnbehandlung, Krankenhaus bei Unfall und der Kombination aus Sehhilfe + Heilpraktiker ein Paket von mindestens 3 der 6 Bausteine auswählen. Hierbei ist zu beachten, dass die Kombination Sehhilfe + Heilpraktiker als ein Baustein gezählt wird. Der Baustein Reise kann noch zusätzlich hinzugebucht werden, zählt aber nicht bei der Mindestanzahl von 3 Bausteinen mit.

Für PKV- Versicherte stehen folgende Tarife offen: Vorsorge, VorsorgeExtra, Sehhilfe + Heilpraktiker sowie Reise.

**Beispiel -** Das Unternehmen besteht aus 5 GKV-Versicherten und 2 PKV-Versicherten:

4) Zulässige Konstellation:

5 GKV-Versicherte: Vorsorge, Zahnbehandlung und Sehhilfe + Heilpraktiker (= 3 Bausteine)

2 PKV-Versicherte : Vorsorge, Sehhilfe + Heilpraktiker

5) Zulässige Konstellation:

2 GKV-Versicherte + 3 PKV-Versicherte: Vorsorge, VorsorgeExtra und Sehhilfe + Heilpraktiker (= 3 Bausteine)

6) Nicht zulässige Konstellation:

5 GKV-Versicherte: Vorsorge, Zahnbehandlung und Sehhilfe + Heilpraktiker (= 3 Bausteine)

2 PKV-Versicherte: Vorsorge

**Grund:** Im Konzept für 5-9 Mitarbeiter:innen müssen die PKV-Versicherten dieselben (für PKV-Versicherte offenen) Tarife erhalten wie die GKV-Versicherten.

**Budgetmodell**

Auch Unternehmen mit 5 bis 9 Mitarbeitern:innen können die Tarife bKV MeinGesundheitsBudget sowie MeinGesundheitsBudget Plus mit folgenden Kriterien abschließen:

- Es sind nur die Budgetstufen ab 600 EUR freigegeben.
- Für alle Personen ist einheitlich eine Budgetstufe zu wählen.
- Die gewählte Budgetstufe kann mit folgenden Bausteinen ergänzt werden (einzeln oder in beliebiger Kombination, PKV-Versicherte nur mit zulässigen Bausteinen):
- bKV Vorsorge, bKV VorsorgeExtra, bKV Krankenhaus bei Unfall, bKV Reise.

**Beispiel**

1) Zulässige Konstellation:

5 GKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget Plus 600

2 PKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget 600

2) Nicht zulässige Konstellation:

4 GKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget Plus 600

2 PKV-Versicherte: MeinGesundheitsBudget 600

**Grund:** Die Mindestanzahl im Zahnersatz Plus ist nicht erreicht.

Sonderregelung bei Firmen mit 5-9 Mitarbeitern:innen:  
 (Zahn)Ärztinnen/Ärzte / Leistungserbringer, die Tarifleistungen selber erbringen können, können die betreffenden Tarife nicht abschließen (z.B. keine Zahntarife/Budgettarife für Zahnarztpraxen, keine Vorsorgetarife/Budgettarife für Arztpraxen, kein Heilpraktikertarif/Budgettarif für Heilpraktiker).

#### Welche Mindestlaufzeit gilt?

Es gilt eine Mindestlaufzeit von zwei Versicherungsjahren (= Ende des darauffolgenden Kalenderjahres). Anschließend wird der Vertrag jährlich stillschweigend verlängert, wenn nicht zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird.

#### Was geschieht, wenn die Anzahl der versicherten Personen unter 10 bzw. 5 fällt?

Die APKV hat in diesem Fall ein außerordentliches Kündigungsrecht. Es werden jedoch immer zuerst die Vermittler:innen kontaktiert, um eine Einschätzung zur Situation und der Firmenverbindung zu bekommen. Auf Basis dieser Informationen wird dann in Abstimmung mit den Vermittler:innen über das weitere Vorgehen entschieden.

#### Ist es möglich Neuanmeldungen immer nur zu einem bestimmten Stichtag zu melden?

Generell ist vorgesehen, dass neue Mitarbeiter:innen sofort bei Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis gemeldet werden. Bei gewünschter Stichtagsmeldung muss die Bezeichnung der Tarifierungsgruppe entsprechend formuliert sein. Ist dies vergessen worden, muss ein Nachtrag zum Gruppenversicherungsvertrag erstellt werden.

Besonders bei Pauschalversteuerung der bKV-Beiträge nach § 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 EStG ist es empfehlenswert eine solche Stichtagsregelung zu wählen.

#### Können auch Vereine und Verbände eine bKV für Mitglieder abschließen?

Grundsätzlich ja, allerdings muss sichergestellt werden, dass eine Mitgliedschaft in dem Verein nicht nur eingegangen wird, um eine bKV zu erhalten. Daher muss jeder Einzelfall durch den zuständigen Underwriter geprüft werden (u.a. wird hierzu die Vereinssatzung benötigt). Bei Sportvereinen gibt es zusätzliche Bedingungen (u.a. können nicht alle Tarife angeboten werden und es müssen alle aktiven Mitglieder über 18 Jahren versichert werden).

#### Was muss bei der Festlegung von Tarifierungsgruppen beachtet werden?

1. Die Abgrenzung der Tarifierungsgruppe muss objektiv sein (z.B. alle leitenden Angestellten, alle Mitarbeiter:innen mit einer Betriebszugehörigkeit von mindestens x Jahren, alle GKV-Versicherte etc.)
2. In Summe über alle Tarifierungsgruppen muss pro Baustein die notwendige Mindestanzahl erfüllt sein. Eine Tarifierungsgruppe selbst muss aber nicht diese Mindestanzahl von x Personen beinhalten.

#### Kombinierbarkeiten im Budgetmodell

Tarif	Sehlfilfe	Heilpraktiker	Zahn- behandlung	Zahn- ersatz	Reise	Vorsorge	Vorsorge Extra	Kranken- haus	Kranken- haus bei Unfall	Kranken- tagegeld
MGB	X	X	X	X	JA	JA	JA	JA	JA	JA
MGB Plus	X	X	X	MUSS	JA	JA	JA	JA	JA	JA
MGB Best	X	X	X	MUSS	JA	JA	JA	JA	JA	JA

Für die Mindestbeteiligung in Budgettarifen werden die **Personenzahlen** aus den Tarifen MeinGesundheitsBudget **und** MeinGesundheitsBudget kombi **der gleichen Budgetstufe** zusammengezählt!

**Wird der Höchstbetrag im Budgetmodell bei unterjährigem Versicherungsbeginn gekürzt?**

Nein, bei unterjährigem Beginn erfolgt keine Kürzung des Höchstleistungsbetrags, auch die Höchstbeträge für Sehhilfe bzw. Zahnprophylaxe / Bleaching werden nicht gekürzt.

**Gibt es Einschränkungen bei den Bausteinen abhängig von den Berufsgruppen?**

Ja. Hat ein Unternehmen Mitarbeiter:innen, deren Tätigkeit der Berufsgruppe D oder E (Zuordnung nach Allianz-Leben für BU-Verträge) zugeordnet wird, können die Bausteine Krankenaus und KT nicht angeboten werden, wenn diese mehr als 25 % der Belegschaft ausmachen. Eine Übersicht der kritischen Berufsgruppen befindet sich im Masterfoliensatz.

**Kann eine bKV für Grenzgänger abgeschlossen werden?**

BKV- versicherte Mitarbeiter:innen müssen Anspruch auf Leistung aus der GKV und ihren Hauptwohnsitz in Deutschland haben. Ist dies nicht der Fall, muss immer eine individuelle Freigabe erfolgen. Hierzu bitte den prozentualen Anteil der betroffenen Grenzgänger im Verhältnis zu den restlichen Mitarbeitern:innen beim Underwriter zur Prüfung vorlegen.

**Was ist bei Doppelversicherung zu tun?**

Wenn bei Abschluss der bKV bereits eine Zusatzversicherung besteht, haben Mitarbeiter:innen folgende Optionen:

1. Haben Mitarbeiter:innen durch eine private Absicherung einen ausreichenden Schutz, können sie:
  - den entsprechenden bKV-Baustein innerhalb von 2 Monaten nach Vertragsbeginn rückwirkend aufheben lassen oder
  - nach Ablauf der 2 Monate den bKV- Baustein zum Ende des aktuellen Monats stornieren.

Dies gilt nur für Doppelversicherungen, die zu Beginn der bKV bestehen. Hierfür einen Nachweis der Doppelversicherung über den Gruppenpostkorb *bKV.Antrag@allianz.de* einreichen. Eine individuelle Beratung zu den Vor- und Nachteilen wird empfohlen.

2. Haben Mitarbeiter:innen durch die betriebliche Krankenversicherung einen ausreichenden Schutz, können sie den privaten Vertrag stornieren oder auf Anwartschaft umstellen, sofern eine AwV für den jeweiligen Tarif grundsätzlich möglich ist.  
Die Regeln für Verträge bei Wettbewerbern müssen individuell erfragt werden.

### **bKV- und Nicht-bKV-Versicherung bestehen bei der APKV**

Die Nicht-bKV-Versicherung kann in eine AwV umgewandelt werden (im KT kann auch der Tagessatz reduziert und auf AwV gestellt werden).

### **Storno der Nicht-bKV-Tarife bei der APKV**

Die Stornierung der "Nicht-bKV-Tarife", die bei der APKV zur Doppelversicherung führen, kann ausnahmsweise außerordentlich erfolgen. Frühestens zum Ende des Monats, in dem die Kündigung einget. Die übrigen "Nicht-bKV-Tarife" bleiben

bestehen, soweit dies gemäß den Versicherungsbedingungen und den Verkaufsrichtlinien zulässig ist.  
(Es gilt: 2-Monatsfrist für das Storno ab Beginn der Doppelversicherung)

**Die Nicht-bKV-Versicherung besteht bei der APKV, die bKV-Versicherung bei einem Mitbewerber**

Eine AwV auf die Nicht-bKV-Versicherung ist möglich, wenn ein Nachweis der Mitbewerber-bKV vorgelegt wird (auch hier eine Frist von 2 Monaten).

Das Storno der Nicht-bKV-Versicherung ist möglich, allerdings nur als „ordentliche“ Kündigung.

3. Die Mitarbeiter:innen können auch bei beiden Versicherungen die Rechnung einreichen und Leistungen beziehen. Dabei ist jedoch das Bereicherungsverbot zu berücksichtigen, gemäß dem in Summe nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages ausgezahlt werden darf.

Nach Einführung der bKV ist es prinzipiell nicht erlaubt, private Tarife mit gleichem oder ähnlichem Leistungsspektrum zusätzlich abzuschließen und damit wissentlich in die Überversicherung zu gehen. Wenn es bei Einzelfällen doch Sinn macht (z.B. bei ambulanten Kombitarifen), ist eine Sonderentscheidung notwendig. Kunden müssen bei der Beratung klar informiert werden, dass sie Beitrag für eine Leistung zahlen, die sie nicht voll einfordern können. Dieser Sachverhalt ist im Beratungsprotokoll zu dokumentieren.

**Was ist zu tun, wenn Mitarbeiter:innen die bKV vom Arbeitgeber nicht möchten?**

Sollten Mitarbeiter:innen die bKV vom Arbeitgeber nicht annehmen wollen, können sie sich für einen Widerruf des Gesamtpaketes an ihren Arbeitgeber (VN) wenden. Der Widerruf kann nur vom Arbeitgeber (VN) erklärt werden. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem der Arbeitgeber alle Vertragsunterlagen (Versicherungsschein, Sammelpolice) erhalten hat. Die Mitarbeiter:innen haben nachträglich keinen Anspruch mehr auf eine bKV. Eine entsprechende Dokumentation in der Personalakte wird dem Arbeitgeber empfohlen.

Wichtig: Es kann nur dem ganzen Paket widersprochen werden und nicht einzelnen Bausteinen. Ausnahme Doppelversicherung, hier kann auch nur dem doppelt versicherten Baustein widersprochen werden.

**Was passiert bei Ende der Entgeltfortzahlung aufgrund Langzeiterkrankung, Elternzeit, Pflegezeit oder Sabbatical?**

Der Arbeitgeber hat seit der neuen Tarifgeneration (Einführung Juli 2018) drei Möglichkeiten mit dieser Situation umzugehen. Folgende Möglichkeiten gibt es:

- Beitragsbefreiung: Es wird der Baustein Beitragsbefreiung gegen einen Mehrbeitrag von 4% (Ausnahme KT mit 2%) gewählt. In entgeltfreien Zeiten haben Mitarbeiter:innen weiterhin Leistungsanspruch, aber die Firma zahlt keine Beiträge.
- Ruhen: In entgeltfreien Zeiten wird der Vertrag ruhend gestellt. Die Firma zahlt keine Beiträge, aber die Mitarbeiter:innen haben auch keinen Leistungsanspruch. Auf Wunsch können die Mitarbeiter:innen den Vertrag zu Einzelvertragskonditionen in dieser Zeit fortführen.



- Weiterzahlen: Die Firma kann auch in entgeltfreien Zeiten den Beitrag weiterzahlen.  
Entsprechend haben die Mitarbeiter:innen selbstverständlich weiterhin Leistungsanspruch.

Im Beratungsgespräch sollten diese drei Alternativen mit dem Kunden besprochen werden.  
Als Standard ist „Ruhe“ hinterlegt. Abweichungen werden im Gruppenvertrag erfasst.

### Was passiert bei Ausscheiden der Mitarbeiter:innen aus dem versicherbaren Personenkreis (Weiterversicherung)?

Scheiden Mitarbeiter:innen aus dem versicherbaren Personenkreis des GVs aus (z.B. bei Arbeitgeberwechsel, Renteneintritt etc.), können sie innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsschutzes auf eigenen Namen und eigene Rechnung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu entsprechend höheren Beiträgen beantragen.  
Im Budgetmodell findet die Weiterversicherung in den E-Tarifen der bKV Einzelbausteine statt.

Achtung: Bei den Zahntarifen fallen Zahnstaffeln an (Vorversicherungszeit wird angerechnet).

Nutzen Sie für die Weiterversicherung bitte den Weiterführungsantrag, den Sie im Maklerportal finden.

Die Abmeldung erfolgt über den Gruppenpostkorb [bKV.Antrag@allianz.de](mailto:bKV.Antrag@allianz.de) unter Angabe der Vertragsnummer.

## **GV-Erstellung**

### Wie wird ein GV erstellt?

1. Bei einfachen Rahmenbedingungen (es wird eine der vorformulierten Tarifierungsgruppenbezeichnungen genutzt, es gibt jeweils maximal eine Tarifierungsgruppe für GKV und PKV, es werden keine Tarife mit Berufsgruppenprüfung gewählt und inländische verbundene Unternehmen sollen nicht mit eingeschlossen werden) kann der GV eigenständig von den Vermittler:innen über die Angebotssoftware (bKV Online) erstellt werden. Das Beratungsprotokoll ist in den „Musteranlagen zum Gruppenvertrag“ hinterlegt und muss dem unterschriebenen GV beigelegt werden.
2. Anderenfalls ist ein Erfassungsbogen über die Angebotssoftware (bKV Online) digital an [Kranken-Firmen@allianz.de](mailto:Kranken-Firmen@allianz.de) zu schicken. Dort wird der GV schnellstmöglich erstellt und als pdf-Datei per Mail an die Vermittler:innen versendet.

## **Anmeldung der zu versichernden Personen**

### Wie werden die Mitarbeiter:innen angemeldet?

Nach der technischen Installation des GVs, erhält die Vermittlerin/der Vermittler eine Bestätigungsmail, dass zeitnah der Vertrag in der Kundenübersicht zu sehen ist. Nach Erscheinen kann die Excel-Liste mit den Mitarbeiterdaten hochgeladen und online versendet werden.

### Was ist beim Ausfüllen der Excel-Liste zu beachten?

Es ist immer die aktuelle Muster-Excel-Liste der APKV zu verwenden. Sie ist im Maklerportal zu finden.

Wichtig: Die Formatierung der Liste nicht ändern! Die GV Nummer nur in Zelle B2 eintragen und die Mitarbeiterdaten ab Zeile 3 einfügen.

Wie schnell werden die Bescheinigungen an die Mitarbeiter:innen versendet?

Unter der Voraussetzung, dass die versendeten Daten korrekt waren, erfolgt die Policing über Nacht und der Versand der Bescheinigungen am Folgetag.

Wichtig: Das Timing der Mitarbeiterinformation sollte entsprechend gut geplant sein. Die Excel-Liste mit den Mitarbeiterdaten erst hochladen nachdem die Mitarbeiter:innen informiert worden sind.

### **Abmeldung der zu versichernden Personen**

Wie werden die Mitarbeiter:innen abgemeldet?

Mitarbeiter:innen können mit einer formlosen Mail unter der Angabe der AK-Nummer und dem Ausscheidatum direkt an [bkv.antrag@allianz.de](mailto:bkv.antrag@allianz.de) abgemeldet werden.

Achtung: Pro Vorgang/versicherte Person muss eine separate E-Mail versendet werden.

Bei mehreren Vorgängen empfiehlt sich das bKV-Tool für Bestandsänderungen im Maklerportal.

### **Tarife**

Sind beim Tarif Heilpraktiker und im Budgetmodell auch Leistungen abgesichert, die nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis abgerechnet werden?

Im Tarif Heilpraktiker (Bausteinmodell) sind nur Leistungen, die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden, abgesichert. Im Budgetmodell erstatten wir darüber hinaus auch bei Ärzten Leistungen des Hufelandverzeichnisses gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Bleibt der Beitrag pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter für die gesamte Vertragslaufzeit gleich?

Regelung ab Juli 2018:

Ja, jeder Tarif hat einen einheitlichen Beitrag (Einheitsbeitrag) unabhängig vom Alter.

Regelung vor Juli 2018:

Das ist abhängig vom Tarif. Hat der Tarif Beitragsprünge bei bestimmten Altersstufen, erhöht sich der Beitrag automatisch sobald Mitarbeiter:innen in die nächsthöhere Stufe rutschen. Ausnahme: Es wurde ein firmenindividueller Einheitsbeitrag vereinbart.

Prinzipiell wird jedes Jahr durch einen unabhängigen Treuhänder überprüft, ob die Beiträge angepasst werden müssen. Davon sind auch bestehende Verträge betroffen.

Tarifierungsgruppen bei KT – müssen Gruppen abhängig vom Gehalt gebildet werden?

Sollen Personen nach unterschiedlichen Tagessätzen versichert werden, sind entsprechende Tarifierungsgruppen mit einer Stichtagsregelung zu bilden. Die geforderte Mindestbeteiligung von 10 Personen gilt dann aber nicht pro Tarifierungsgruppe, sondern für die Summe aller nach Tarif KT versicherten Personen. Die Höhe des maximal möglichen Tagessatzes richtet sich nach dem Nettoeinkommen.

Mögliche Gruppenbildung:

<b>mtl. Nettoeinkommen in EUR</b>	<b>Tageshöchstsätze in EUR</b>
bis 700	5
bis 1.400	10
bis 2.100	15
bis 2.850	20
ab 2.851	25

Bitte beachten Sie, dass die Anzahl der Gruppen den administrativen Aufwand des Arbeitgebers erhöhen, da er bei Gehaltsänderungen immer die Gruppenzuordnung prüfen und melden muss.

**Sind Vorerkrankungen beim Tarif KT abgesichert?**

Grundsätzlich ja. Bestand die Arbeitsunfähigkeit jedoch schon vor Versicherungsbeginn und besteht ohne Unterbrechung über den Versicherungsbeginn hinaus fort, ist die Leistung ausgeschlossen. Ausnahme: Wenn der Versicherungsnehmer bei uns abgeschlossen hat und danach ein Versicherungsfall eintritt, aber der Versicherungsschutz noch nicht begonnen hat, zahlen wir für diesen Versicherungsfall. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt. Entscheidend ist also der Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

**Können auch Selbstständige (z.B. Inhaber/innen einer Personengesellschaft) KT bekommen?**

Nein, KT über die bKV können nur angestellte Mitarbeiter:innen bzw. GGF bekommen.

**Können PKV-Versicherte auch KT bekommen?**

Ja, können sie. PKV-Versicherte müssen aber über ihre private Krankenvollversicherung einen KT Anspruch versichert haben, der der Höhe nach mindestens der Höchstabsicherung der GKV entspricht. Nur eine Absicherung darüber hinaus kann über das bKV- KT abgedeckt werden.

**Können 450-EUR-Kräfte ein KT bekommen?**

Nein, die APKV bietet geringfügig Beschäftigten keine Krankentagegeldabsicherung an.

### Laufende Behandlungen

Die Handhabung von laufenden Behandlungen wird je nach Tarif unterschieden. Nachfolgend finden sich die entsprechenden Bestimmungen:

Tarif/e	Regelung
Heilpraktiker FAH02(B) Vorsorge FAV01(B) VorsorgeExtra FAVE01(B) Sehhilfe FAS02(B) Zahnbehandlung FZF02(B) Zahnersatz Plus FZZP02(B) Zahnersatz Best FZZB02(B)	Leistung auch für Versicherungsfälle vor Versicherungsbeginn. → In diesem Fall übernehmen wir die Kosten ab dem ersten Tag des Versicherungsbeginns.
Krankenhaus FKH02(B)	Leistung auch für Versicherungsfälle vor Versicherungsbeginn. → Wir leisten auch für zu Versicherungsbeginn bereits laufende stationäre Aufenthalte. Damit sind alle Kosten abgedeckt, die ab Versicherungsbeginn anfallen.
Krankenhaus bei Unfall FKHU01(B)	Wir leisten nicht bei Unfällen und deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
Krankentagegeld FKT02(B)	Keine Leistung für Versicherungsfälle vor Versicherungsbeginn.  (Ausnahme: AU tritt zwischen Policierung und Versicherungsbeginn ein, dann leisten wir für diese ab Versicherungsbeginn).
Reise FRP01(B)	Wir leisten für Reisen, die nach Versicherungsbeginn angetreten sind.

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person:

- wegen Krankheit oder Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung sowie ambulanten Vorsorgeuntersuchungen (FAH, FAV, FAVE, FAS, FKH, FZF, FZZ, FKT, FRP)
- wegen eines Unfalls (FKHU)

### **Budgetmodell**

In den Tarifen beider Serien sind laufende und angeratene Behandlungen ab Versicherungsbeginn mitversichert.

## Leistungen im Ausland Bausteinmodell

### Zahn-Tarife

Tarif	Leistungsumfang	Europ. Ausland vs. international
Allgemein gilt:	Erstattet werden die ortsüblichen Kosten, jedoch nicht mehr als bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre.	
ZahnPlus FZZP02(B) / ZahnBest FZZB02(B)	Erstattet werden die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten.  Leistungsumfang ohne GKV-Vorleistung: - Inlays & Zahnersatz: 30% / 50% - Kieferorthopädie (unfallbedingt): keine Leistung	Wir zahlen für Leistungen in ganz <u>Europa</u> .  Wir zahlen außerdem bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in <u>außereuropäischen</u> Staaten. Wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen länger behandelt werden muss, zahlen wir, bis sie gesundheitlich wieder zurückreisen kann.
Zahnersatz FZZ02(B)	Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern gehen unserer Zahlung vor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesetzliche Krankenversicherung.</li> <li>• gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.</li> <li>• gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge</li> </ul>	Siehe FZZP02(B)/FZZB02(B).
Zahnbehandlung FZF02(B)	<u>Bei Füllungen, Parodontalbehandlung</u> zahlen wir nur, wenn die GKV vorgeleistet hat. <u>Wurzelbehandlung</u> : Wir zahlen nicht, wenn die gesetzliche Krankenversicherung leistungspflichtig ist, aber nicht vorgeleistet hat	Siehe FZZP02(B)/FZZB02(B).

Vorsorge-, VorsorgeExtra-, Seehilfe-, Heilpraktiker-Tarif

Tarif	Leistungsumfang	Europ. Ausland vs. international
Vorsorge FAV01(B)	Erstattet werden die ortsüblichen Kosten für Vorsorge-Untersuchungen im Ausland, die im Verzeichnis in Ziffer 8 in den AVB enthalten sind. Es gelten auch dann die Zeitgrenzen, die wir in diesem Verzeichnis festgelegt haben.	Wir zahlen für Untersuchungen in ganz <u>Europa</u> .  Wir zahlen außerdem bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in <u>außereuropäischen</u> Staaten.
VorsorgeExtra FAVE01(B)	Erstattet werden die ortsüblichen Kosten.	Siehe FAV01(B)
Seehilfe FAS02(B)	Erstattet werden die ortsüblichen Kosten.	Siehe FAV01(B)
Heilpraktiker FAH02(B)	Keine Erstattung	

## Krankenhaus -Tarife

Tarif	Leistungsumfang	Europ. Ausland vs. international
Allgemein gilt:	<p>1. Für Behandlungen in staatlichen Krankenhäusern und Privatkliniken wird nur geleistet, wenn die GKV vorgeleistet hat.</p> <p>2. Für ambulante Operationen im Krankenhaus (inkl. Ärztlicher Leistung, Vor- und Nachuntersuchung) wird nur gezahlt, wenn die GKV vorgeleistet hat.</p> <p>3. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern gehen unserer Zahlung vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesetzliche Krankenversicherung.</li> <li>• gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.</li> <li>• gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge</li> </ul>	
Krankenhaus FKH02(B)	<p>Wir erstatten die ortsüblichen Kosten für Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 (AVB) zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten.</p> <p>Wir erstatten auch Kosten für Krankheiten – einschließlich chronische – oder Unfallfolgen, die bereits vor Reisebeginn bestehen. Das gilt auch dann, wenn sich diese auf der Reise verschlimmern.</p>	<p>Wir zahlen für Leistungen in ganz <u>Europa</u>.</p> <p>Wir zahlen außerdem bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in <u>außereuropäischen Staaten</u>. Wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen länger behandelt werden muss, zahlen wir, bis sie gesundheitlich wieder zurückreisen kann.</p>
Krankenhaus FHU01(B)	<p>Wir erstatten die ortsüblichen Kosten für Leistungen nach den Ziffern 1.3 bis 1.5 (AVB) zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten.</p> <p>Wir erstatten auch die Kosten für Unfallfolgen, die bereits zu Reisebeginn vorgelegen haben. Das gilt auch dann, wenn sich diese auf der Reise verschlimmern.</p>	Siehe FKH02(B)

## Krankentagegeld-Tarif

Tarif	Leistungsumfang	Europ. Ausland vs. international
<p>Krankentagegeld FKT02(B)</p>	<p>Versicherungsschutz besteht am Wohnort der versicherten Person. Als Wohnort gilt, wo die versicherte Person sich gewöhnlich aufhält. Der Wohnort muss in einem Staat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder in der Schweiz sein.</p> <p>Wenn sich die versicherte Person vorübergehend nicht an ihrem Wohnort, aber im Land ihres Wohnorts aufhält, zahlen wir nur, wenn sie aus medizinischen Gründen im Krankenhaus untergebracht werden muss. Das gilt auch für eine fremde Stadt, wenn die versicherte Person etwa in ein anderes Krankenhaus verlegt wird.</p> <p>Eine weitere Ausnahme ist, wenn die versicherte Person während einer Reise im Land ihres Wohnorts arbeitsunfähig wird. Dann zahlen wir auch bei ambulanter Behandlung. Dafür muss die Krankheit oder die Unfallfolge es nach medizinischem Befund ausschließen, dass die versicherte Person an ihren Wohnort zurückkehrt.</p>	<p>Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen <u>europäischen</u> Staaten zahlen wir nur, wenn die versicherte Person dort akut erkrankt oder verunfallt. Wir zahlen dann im versicherten Zeitraum (Ziffer 1.2 AVB), solange sie aus medizinischen Gründen in einem Krankenhaus untergebracht werden muss.</p> <p>Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in <u>außereuropäischen</u> Staaten. Das gilt nur, wenn die VP dort akut erkrankt oder verunfallt und aus medizinischen Gründen in einem Krankenhaus untergebracht werden muss.</p>



## Leistungen im Ausland Budgetmodell

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen/ andere versicherte Leistungen im Ausland	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

## Fragen zu „Erklärungen zur Datenverarbeitung“

### Wo finden sich die Erklärungen zur Datenverarbeitung und wie sind sie einzureichen?

Die Erklärungen zur Datenverarbeitung sind dem Begrüßungsschreiben von der Allianz an die versicherte Person (VP) beigelegt. Die Erklärungen müssen von der jeweiligen VP an den **zwei markierten Stellen** unterschrieben werden. Im Anschluss kann das Dokument digital über die Allianz Gesundheits-App von den Mitarbeiter:innen eingereicht werden. Oder die Mitarbeiter:innen schicken die Erklärungen per Post an die APKV.

### Warum müssen die Mitarbeiter:innen die Erklärungen zur Datenverarbeitung unterschreiben?

Ohne die Zustimmung der versicherten Mitarbeiter:innen kann die Allianz den Erstattungsantrag, also die Erstattung der Kosten der ärztlichen Behandlung, nicht bearbeiten. Die von den Mitarbeiter:innen einzureichenden Belege, wie Arztrechnungen, enthalten regelmäßig Gesundheitsdaten. Der Gesetzgeber verlangt von uns, dass wir eine Einwilligung für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von den Mitarbeitern:innen einholen.

Wir benötigen deshalb die Zustimmung der Mitarbeiter:innen, um die Daten aus dem Erstattungsantrag, z.B. die vorgenommene Untersuchung, sowie die damit verbundenen Kosten, zu verarbeiten.

### Entsprechen die Erklärungen zur Datenverarbeitung einem branchenweiten Standard?

Ja. Sie wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) erstellt.

Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen Passagen aus den Erklärungen zur Datenverarbeitung streichen oder später widerrufen?

Die Erklärungen zur Datenverarbeitung sind für die Durchführung des Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Mitarbeiter:innen diese nicht abgeben wollen oder später widerrufen, wird die Durchführung des Vertragsteiles, insbesondere die Bearbeitung des Erstattungsantrages dieser Mitarbeiter:innen in der Regel nicht bzw. nicht mehr möglich sein.

Sind die Erklärungen zur Datenverarbeitung eine generelle Freigabe, sämtliche Gesundheitsdaten nach Allianz Bedarf weiterzugeben?

Nein. Wir verwenden die Daten ausschließlich zu den in den Erklärungen zur Datenverarbeitung sowie den „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“ genannten Zwecken, also v.a. der Bearbeitung des Erstattungsantrags und der Vertragsverwaltung.

Werden mit den Erklärungen zur Datenverarbeitung die Ärztinnen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht befreit, sodass sie sich mit der Allianz zu den Gesundheitsdaten der Mitarbeiter:innen austauschen?

Nein. Eine Schweigepflichtentbindung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen schweigepflichtigen Stellen ist nicht Bestandteil der Erklärungen zur Datenverarbeitung. Sollten wir ausnahmsweise einmal Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten einer versicherten Person aufnehmen müssen, müssen wir den betreffenden Versicherten vorab davon in Kenntnis setzen und um Zustimmung bitten. Die jeweilige versicherte Person kann dann einwilligen, dass wir direkt mit den Ärztinnen und Ärzten in Kontakt treten dürfen. Alternativ kann die versicherte Person sämtliche zur Bearbeitung des Erstattungsantrags erforderlichen Informationen auch selbst beschaffen und uns zur Verfügung stellen.

Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen ihre Ärztinnen und Ärzte dann nicht von der Schweigepflicht entbinden und die angeforderten Unterlagen nicht zur Verfügung stellen?

Der Gesetzgeber hat im Versicherungsvertragsgesetz eine Regelung geschaffen, die dem Versicherten eine Mitwirkungspflicht zur Sachverhaltsklärung im Leistungsfall auferlegt. Der Versicherer fordert stets nur die Unterlagen an, die zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sind. Verweigert der Versicherte seine Mitwirkung bei der Sachverhaltsklärung, können wir als Versicherer die Leistung zunächst nicht erbringen.

Gilt die Erklärung zur Datenverarbeitung für alle Arten/Bausteine der betrieblichen Krankenversicherung?

Ja, die Erklärungen zur Datenverarbeitung wurden als formularmäßige Erklärungen für alle Bausteine der betrieblichen Krankenversicherung formuliert, sodass wir unseren Versicherten nicht eine Vielzahl marginal abweichender Erklärungen je versichertem Tarif zumuten müssen.

Was passiert, wenn Mitarbeiter:innen die Erklärungen zur Datenverarbeitung nicht unterzeichnen?

In diesem Fall können wir die Erstattungsanträge nicht bearbeiten und den Mitarbeiter:innen keine Erstattungszahlung zukommen lassen.

## Warum müssen Mitarbeiter:innen uns eine Freigabe zur Weitergabe der Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers erlauben?

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Gesundheitsdaten sowie der für die Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei die von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir die Schweigepflichtsentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

## Übermittlung von Mitarbeiterdaten zur Vertragsdurchführung der bKV an die APKV durch den Arbeitgeber

- Alle Unternehmen, die personenbezogene Daten kontrollieren oder selbst beziehungsweise im Auftrag eines anderen Unternehmens verarbeiten, müssen die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und Bundesdatenschutzgesetz befolgen – auch wenn sie außerhalb der EU ansässig sind.
- Die DSGVO und das Bundesdatenschutzgesetz sind bei der Übermittlung von Mitarbeiterdaten durch den Arbeitgeber an die APKV zu beachten.
- Die Übermittlung vom Arbeitgeber an die APKV ist nur rechtmäßig, wenn entweder:
  1. die schriftliche und freiwillige Einwilligung der Mitarbeiter:innen zu der Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegt und der Arbeitgeber den Mitarbeiter:innen über den Zweck der Datenverarbeitung und über ihr jederzeitiges Widerrufsrecht in Textform aufgeklärt hat oder
  2. die Datenübermittlung an die APKV in einer Betriebsvereinbarung geregelt ist oder
  3. wenn dies zur Erfüllung der sich aus einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung (Kollektivvereinbarung) ergebenden Rechte und Pflichten der Interessenvertretung der Beschäftigten erforderlich ist
- Die Mitarbeiter:innen haben gegenüber ihrem Arbeitgeber ein Informationsrecht über die Datenverarbeitung und ein umfangreiches Auskunftsrecht über die betreffenden personenbezogenen Daten.

## **Steuer & Arbeitsrecht**

Siehe Handbuch Steuern & Arbeitsrecht.