

Anmeldung von Datensammlungen gemäss Art. 11 Abs. 3 DSG und Art. 3 VDSG

(Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen)

Erstanmeldung _____
Änderung Register Nr.

Löschung _____
Register Nr.

Inbetriebnahme der Datensammlung	Fallverwaltung eRegress Art der Datensammlung (*)
Jahr: 2008	Manuell <input type="checkbox"/> Automatisch <input checked="" type="checkbox"/>

1) Inhaber der Datensammlung

Name, Firma, Rechtsform der Firma, Branche in der die Firma tätig ist, sonstige Bezeichnung

Bundesamt für Sozialversicherungen Bereich Regress

Adresse		Sachbearbeiter / Zeichnungsberechtigter	
Strasse	Nr.	Peter Beck	
Effingerstrasse	20		
PLZ	Ort	Telefonnummer / Faxnummer (*)	
3003	Bern	031 324 06 64	

2) Zweck der Datensammlung

Zweck der Datenbearbeitung
Gewerbliche, berufliche oder sonstige Tätigkeit, für die die Datenbearbeitung eingesetzt wird

Daten der kantonalen Ausgleichskassen der Schweiz weiter bearbeiten, um Regressmöglichkeiten zu prüfen und allenfalls Regresse vorzunehmen.

3) Bezeichnung der Datensammlung

Name und vollständige Bezeichnung der Datensammlung

Fallverwaltung eRegress

4) Auskunftserteilung

Person, bei der das Auskunftsrecht geltend gemacht werden kann

Bezeichnung oder Name der Person, die Auskunft erteilt		Firma	
Bereichsleiter Peter Beck		Bundesamt für Sozialversicherungen Bereich Regress	
Strasse	Nr.	Branche	
Effingerstrasse	20	Sozialversicherungen	
PLZ	Ort	Telefonnummer / Faxnummer (*)	
3003	Bern	031 324 06 64	

(*) Diese Angaben werden nicht publiziert

5) *Kategorien der bearbeiteten Daten*

Welche Daten werden von Ihnen bearbeitet?

Angaben gemäss unten aufgeführten Kategorien, oder gemäss beizulegendem Datenkatalog.

<input checked="" type="checkbox"/>	Adresse	<input checked="" type="checkbox"/>	Nationalität
<input checked="" type="checkbox"/>	AHV - Nummer (neue Vers.-nummer)	<input checked="" type="checkbox"/>	finanzielle Situation
<input checked="" type="checkbox"/>	Arbeitsort	<input type="checkbox"/>	Religion
<input checked="" type="checkbox"/>	Ausbildung	<input checked="" type="checkbox"/>	Sprachen
<input type="checkbox"/>	Betreibungen	<input checked="" type="checkbox"/>	Vermögen
<input checked="" type="checkbox"/>	Identität	<input checked="" type="checkbox"/>	Versicherungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Beruf		
<input checked="" type="checkbox"/>	Einkommen		
<input checked="" type="checkbox"/>	Beurteilungen		
<input checked="" type="checkbox"/>	Familie		
<input checked="" type="checkbox"/>	Gesundheit		
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges gemäss beizulegendem Datenkatalog

6) *Kategorien der Datenempfänger*

Kategorien der Datenempfänger	Bekanntgabe		Branche		Umfang der Weitergabe (*)		Häufigkeit der Weitergabe (*)			Art der Weitergabe (*)		
	Inland	Ausland	gleiche	andere	ein Teil der Daten	alles	regelmässig	auf Verlangen	gelegentlich	manuell	automatisiert	Abrufverfahren
Suva	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kt. Ausgleichskassen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerichte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haftplichtversicherer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personenversicherer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertrauensärzte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ext. Juristen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kt. IV-Stellen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Diese Angaben werden nicht publiziert

7) **Kategorien der Beteiligten**

Kategorien der Beteiligten	Beteiligter		Branche des Beteiligten		Umfang der Beteiligung (*)		Art der Bearbeitung durch Beteiligte (*)				Art der Beteiligung (*)	
	Inland	Ausland	gleiche	andere	einen Teil der Daten	alles	Daten eingeben	ansetzen	verändern	löschen	Abrufen	Kopie der Datensammlung
Suva	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Kt. Ausgleichskassen	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X	X	X	X	X	X
Gerichte	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Haftpflichtversicherer	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Personenversicherer	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Vertrauensärzte	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Ext. Juristen	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Kt. IV-Stellen	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X
ZAS	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>	X	X

(*) Diese Angaben werden nicht publiziert

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in dieser Meldung.

Datum / Unterschrift / Stempel des Zeichnungsberechtigten	
Peter Beck Bereichsleiter	Stefan Blaser Informatiksicherheitsbeauftragter BSV