

# Meldung Compliance-Verstoß

Nutzen Sie das Meldeformular, um einen konkreten Verdacht auf einen Compliance-Verstoß an das Compliance-Team der Rechtsabteilung zu melden. Für eventuelle Rückfragen ist es von Vorteil, wenn Sie Ihre Kontaktdaten, z. B. eine E-Mail-Adresse oder Telefonnummer, angeben. Ihre Informationen werden dabei stets vertraulich behandelt. Sie können die Meldungen jedoch auch selbstverständlich anonym übermitteln. Sofern dies der Fall sein sollte, ergänzen Sie bitte möglichst viele Details und falls vorhanden, auch Unterlagen, die Ihren Verdacht stützen. Denn nur, wenn sich hinreichend konkrete Untersuchungsansätze und Möglichkeiten der Beweisführung ergeben, kann Ihr Hinweis letztlich etwas bewirken.

**Bitte senden Sie uns das Meldeformular sowie ggf. weitere Unterlagen per Post, per Fax oder per E-Mail an:**

**Post:**

SDK - Süddeutsche Krankenversicherung  
Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach  
Rechtsabteilung / Compliance

**Fax:**

0711 7372 - 8698

**E-Mail:**

compliance@sdk.de



Ihre Hinweise helfen uns, Nachteile für unser Unternehmen, unsere Mitarbeitenden, Mitglieder, Geschäftspartner sowie für die Allgemeinheit abzuwenden. Wir als SDK gehen allen Hinweisen nach und behandeln diese vertraulich sowie fair. **Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.**

Alle bereitgestellten Daten werden in Übereinstimmung mit den Datenschutzbestimmungen der SDK gemäß unserer **Information zur Verwendung Ihrer Daten** verarbeitet.

## Was ist passiert?

Genaue Beschreibung des verdächtigen Vorfalls, der Umstände und der Rahmenbedingungen:

**Möglicher Verstoß (bitte wählen Sie das Kriterium aus, das am meisten zutrifft):**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Korruption  | <input type="checkbox"/> Geldwäsche             | <input type="checkbox"/> Sonstige Straftatbestände |
| <input type="checkbox"/> Diebstahl, Untreue, Betrug  | <input type="checkbox"/> Datenschutz            | und Regelverstöße                                  |
| <input type="checkbox"/> Schutz von Leben, Leib oder<br>Gesundheit (z.B. Körperverletzung) | <input type="checkbox"/> Informationssicherheit | (z.B. Rechnungslegung, Steuern)                    |
|  | <input type="checkbox"/> Kartellrecht           | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt             |

**Wann ist es passiert?**

Datum

Uhrzeit

Häufigkeit

Sonstige Informationen

**Wo ist es passiert?**

Standort

Abteilung

Sonstiges

**Wer hat gehandelt?**

Name

Position

Standort

Kontaktdaten

**Wer hat außer Ihnen das verdächtige Verhalten noch wahrgenommen?**

Name

Kontaktdaten

**Eingeleitete Maßnahmen (neben Meldung):**

**Weitere Informationen (z. B. die Motivation der betroffenen Person):**

**Ihre Kontaktdaten (freiwillig):**

Name

Tel.-Nr.

E-Mail

Sonstige Kontaktdaten

**Über das Ergebnis der Prüfung informieren wir Sie gerne.  
Bitte nennen Sie uns Ihre bevorzugte Antwortoption:**

- Rückruf
- E-Mail
- Post