

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.
Abt. KV/V
Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18
56058 Koblenz

Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsbearbeitung im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung

Versicherte Person

Service-Nr.

Ich willige ein, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung meiner Leistungsaufträge erforderlich ist.

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne Ihr Einverständnis erheben oder weitergeben. Sofern es im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben oder diese an Dritte weiterzugeben, holen wir von Ihnen eine individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung ein.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Ort, Datum

Unterschrift der volljährigen mitversicherten Personen

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen mitversicherten Personen