



Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.
ZD/P – Schriftwechsel
56058 Koblenz

Service-Nr.

Teilnahmeerklärung für das Versorgungsprogramm „Paxiva“

Hinweis: Für die Teilnahme ist es erforderlich, diese Anmeldung mit vollständig ausgefüllten Teilnehmerdaten unterschrieben (s. Rückseite) an die Debeka zurückzusenden.

Programm- informationen	Die Teilnahme am telefonischen Versorgungsprogramm „Paxiva“ ist für Sie freiwillig und kostenlos. Die Betreuung übernimmt die SHL Telemedizin GmbH (im Folgenden: SHL) – ein Unternehmen der SHL Gruppe Deutschland und ein Kooperationspartner des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G. (im Folgenden: Debeka). Die Debeka zahlt den tariflich vereinbarten Versicherungsanteil für Ihre Teilnahme direkt an den Kooperationspartner. Sollten Sie beihilfeberechtigt sein, erhalten Sie von SHL eine gesonderte Rechnung zur Vorlage bei Ihrer Beihilfestelle. Beteiligt sich Ihre Beihilfestelle nicht an den Kosten, übernimmt die Debeka den offenen Anteil – dazu reichen Sie bitte die Rechnung und den ablehnenden Beihilfebescheid als Leistungsauftrag bei der Debeka ein.		
	Für die Teilnahme ist es erforderlich, diese Anmeldung mit den nachfolgenden Einwilligungserklärungen unterschreiben und mit vollständig ausgefüllten Teilnehmerdaten an die Debeka zurückzusenden. Die Teilnahme an dem Programm ersetzt nicht die ärztliche Versorgung. Auch die Prüfung der Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach durch die Debeka bleibt davon unberührt. Sollten Sie Ihre Teilnahme an dem Programm beenden wollen, können Sie dies jederzeit gegenüber der Debeka oder SHL äußern. Die Debeka ist berechtigt, bei einer Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei fehlender Mitwirkung die Programmteilnahme zu beenden.		
Teilnehmerdaten	Name und Adresse		
	Servicenummer		
	Geburtsdatum		
	Telefonnummer (Pflichtfeld)		
	E-Mail-Adresse		
	Weiterer Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> SHL darf mich für eine Terminabsprache per unverschlüsselter E-Mail kontaktieren. <input type="checkbox"/> Die Debeka darf mir nach Beendigung des Programms einen Zufriedenheitsfragebogen per unverschlüsselter E-Mail zusenden. <input type="checkbox"/> Die Debeka darf anhand meiner oben aufgeführten Teilnehmerdaten meine bei der Debeka gespeicherten Adressdaten prüfen und ggf. aktualisieren.	

Einwilligung, Schweigepflichtentbindungserklärung, Direktabrechnung und Widerrufsbelehrung	<p>Hiermit stimme ich zu, dass die Debeka meine oben angegebenen personenbezogenen Daten (Teilnehmerdaten) sowie den Namen des Versorgungsprogramms und meinen tariflich vereinbarten Versicherungsanteil bei der Debeka zum Zweck der Teilnahme an dem Versorgungsprogramm Paxiva an SHL übermittelt und entbinde diesbezüglich die Debeka und ihre Mitarbeiter des Gesundheitsmanagements von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Ich willige ein, dass SHL und die Unternehmen der SHL Gruppe Deutschland diese Teilnehmerdaten sowie weitere personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 4 Nr. 15 EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO), die während der Betreuung erhoben werden und zur Durchführung des Programms notwendig sind, verarbeitet. Ich bin einverstanden, dass SHL personenbezogene Daten zu Koordinations- und Abrechnungszwecken im Zusammenhang mit dem Versorgungsprogramm an die Debeka übermittelt und entbinde – soweit erforderlich – SHL und ihre Mitarbeiter diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass SHL die Kosten für die Teilnahme in Höhe des tariflich vereinbarten Versicherungsanteils und ggf. eines verbleibenden Beihilfeanteils direkt mit der Debeka abrechnet.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen und meine Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben muss bzw. jederzeit – auch teilweise – formlos gegenüber dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G., 56058 Koblenz widerrufen kann. Damit verbunden ist gleichzeitig die Beendigung meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm Paxiva.</p> <p>Nähere Informationen zur Datenverarbeitung bei der Debeka können unter www.debeka.de/datenschutz eingesehen werden. Informationen zur SHL Gruppe und der Tätigkeit von SHL sowie deren datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie unter www.shl-telemedizin.de/datenschutz/.</p>
---	--

X

Datum

X

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in