

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

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

**Service-Nr.**

## Teilnahmeerklärung für das Versorgungsprogramm „InBalance“

**Hinweis:** Für die Teilnahme ist es erforderlich, diese Anmeldung in leserlichen Druckbuchstaben vollständig auszufüllen und unterschrieben (s. Rückseite) an die Debeka zurückzusenden.

<b>Programm-informationen</b>	Die Teilnahme am <b>telefonischen Versorgungsprogramm „InBalance“</b> ist für Sie freiwillig. Die Betreuung übernimmt die <b>widecare GmbH</b> (im Folgenden: widecare) – ein Kooperationspartner des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G. (im Folgenden: Debeka).  Das Versorgungsprogramm ist modular aufgebaut, um individuell Ihrer Situation zu entsprechen. Die Debeka zahlt die Teilnahmegebühren zu 100 Prozent direkt an den Kooperationspartner. Für einige Module (z. B. Apps oder Online-Programme), die mit Ihrer Zustimmung im Rahmen des Programms eingesetzt werden können, erhalten Sie eine separate Rechnung. Diese kann anschließend zur tariflichen Erstattung bei der Debeka und ggf. bei der zuständigen Beihilfestelle eingereicht werden. Sofern die Kosten nicht beihilfefähig sind, übernimmt die Debeka den offenen Anteil nach Vorlage des ablehnenden Beihilfebescheids.  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 widecare äußern. Die Debeka ist berechtigt, bei einer Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei fehlender Mitwirkung die Programtteilnahme zu beenden.	
<b>Teilnehmerdaten</b>	Name und Adresse	
	Geschlecht	
	Servicenummer	
	Geburtsdatum	
	<b>Telefonnummer 1</b> (Pflichtfeld)	
	<b>Telefonnummer 2</b>	
	<b>E-Mail-Adresse</b> (Pflichtfeld)	
	Weiterer Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> widecare 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.

<b>Einwilligung, Schweigepflichtent- bindungserklärung, Direktabrechnung und Widerrufsbelehrung</b>	<p>Hiermit stimme ich zu, dass die Debeka meine oben angegebenen personenbezogenen Daten (Teilnehmerdaten) sowie den Namen des Versorgungsprogramms zum Zweck der Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „InBalance“ an widecare übermittelt und entbinde diesbezüglich die Debeka und ihre Mitarbeiter des Gesundheitsmanagements von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Ich willige ein, dass widecare diese Teilnehmerdaten sowie weitere personenbezogene Daten und besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 4 Nr. 15 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die während der Betreuung erhoben werden, ausschließlich auf Grundlage dieser Einwilligung zum Zweck der Durchführung des Versorgungsprogramms bzw. zum Zweck der Betreuung verarbeitet. Zur Preisgabe dieser und ähnlicher Daten bin ich grundsätzlich nicht verpflichtet. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist jedoch Voraussetzung für meine Beratung bei widecare. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Beratung nicht erfolgen. Die Mitarbeiter von widecare unterliegen der Verschwiegenheitspflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Daten und Unterlagen werden nicht an Dritte (z. B. Ärzte) weitergegeben. Meine widecare-Kunden-Akte bzw. alle im Rahmen der Beratung erhobenen Daten werden spätestens drei Jahre nach Abschluss des Versorgungsprogramms gelöscht.</p> <p>Ich bin einverstanden, dass widecare personenbezogene Daten zu Koordinations- und Abrechnungszwecken im Zusammenhang mit dem Versorgungsprogramm an die Debeka übermittelt und entbinde - soweit erforderlich – die Mitarbeiter von widecare diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass widecare die Teilnahmegebühr direkt mit der Debeka abrechnet.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen und meine Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abgeben muss bzw. jederzeit – auch teilweise – formlos gegenüber dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G., 56058 Koblenz oder der widecare GmbH, Breitwiesenstraße 19, 70565 Stuttgart widerrufen kann. Damit verbunden ist gleichzeitig die Beendigung meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „InBalance“.</p> <p>Nähtere Informationen zur Datenverarbeitung bei der Debeka können unter <a href="http://www.debeka.de/datenschutz">www.debeka.de/datenschutz</a> eingesehen werden. Informationen zur Tätigkeit von widecare sowie deren datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie unter <a href="http://www.widecare.de/datenschutzhinweise">www.widecare.de/datenschutzhinweise</a>.</p>
---	---

X  
Datum

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