Deutsche Krankenversicherung

Einverständniserklärung

Name, Vorname | Geburtsdatum | Versicherungsnummer

Ich bin damit einverstanden, dass der

Anbieter:

des Hilfsmittels:

die zur Prüfung der Kostenerstattung (Erstattungsfähigkeit des Hilfsmittels) erforderlichen Unterlagen direkt für mich an die DKV sendet und auftretende Fragen mit der DKV klärt. Zu diesen Unterlagen gehören insbesondere die ärztliche Verordnung und ein Kostenvoranschlag. Zudem kann der Anbieter meine Rechnung unter bestimmten Voraussetzungen direkt mit der DKV abrechnen.

Einverständniserklärung für den besonderen Service

Ich wünsche die vorgenannte(n) Möglichkeit(en) – bitte ankreuzen –

☐ der direkten Übersendung von Unterlagen und Klärung von Fragen zur Leistungsprüfung (Erstattungsfähigkeit des Hilfsmittels)

☐ der Direktabrechnung

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hierzu willige ich ein, dass der oben genannte Anbieter meine erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, an die DKV übermittelt. Weiter willige ich ein, dass die DKV – soweit erforderlich – personenbezogene Daten über die Leistungsinhalte (Tarifbedingungen) meines Versicherungsschutzes an den genannten Anbieter übermittelt. Ich bin einverstanden, dass der Anbieter und die DKV meine entsprechenden personenbezogenen Daten – insbesondere auch Gesundheitsdaten – verarbeiten und nutzen, soweit dies für das jeweils angekreuzte Verfahren erforderlich ist. Hierzu entbinde ich sowohl die Mitarbeiter des Anbieters als auch die für die DKV tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass die Abgabe der oben aufgeführten Erklärungen freiwillig ist.

Ich kann die Erklärungen jederzeit gegenüber dem genannten Anbieter oder der DKV widerrufen. Ein Widerruf betrifft nicht die Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist.

Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einverständniserklärung für den besonderen Service mit Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung ab.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden ab vollendetem 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln | KLSF4 K | 9.2024