

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka  
Krankenversicherungsverein a. G.  
Abt. KV/V  
56058 Koblenz

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

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_ 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