

DMS 06083

DKV Deutsche Krankenversicherung AG



Deutsche Krankenversicherung

Bitte beide Seiten dieser Vollmacht
an uns zurücksenden

An
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

KV

versicherungsnummer

Informationsvollmacht der versicherten Person

Vollmachtgeber/in:

Familienname, Vorname der versicherten Person (nicht Versicherungsnehmer)

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Hiermit bevollmächtige ich

Familienname, Vorname des/der Bevollmächtigten

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon (freiwillige Angabe zur Kontaktaufnahme)

mich gegenüber meinem privaten Krankenversicherer, der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, 50933 Köln, in den unten genannten Angelegenheiten zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle bei der DKV bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungen. Der Bevollmächtigte erhält die im folgenden aufgeführten Rechte und Pflichten.

Informationsvollmacht

- Die DKV ist berechtigt, der bevollmächtigten Person **telefonische Auskünfte** zu meinem Vertragsteil sowie rund um meine Leistungsanträge und -abrechnungen zu geben. **Dies beinhaltet ebenfalls Auskünfte zu personenbezogenen Gesundheitsdaten . Der Schriftwechsel erfolgt weiterhin an den Versicherungsnehmer.**

Die Vollmacht gilt ab Erteilung, frühestens jedoch nach Abschluss des Vertrages, sie gilt über den Tod hinaus.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung des Vollmachtgebers

Ich willige ein, dass die DKV meine erforderlichen personenbezogenen Daten - **insbesondere meine Gesundheitsdaten** in dem Umfang wie vorstehend angekreuzt- an den/die Bevollmächtigte/n übermittelt.

Ich entbinde die für die DKV tätigen Personen gegenüber dem/der Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht.

Ich weiß, dass ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben muss. Diese Entscheidung ist freiwillig. Aber das wäre mit Konsequenzen verbunden. Wenn ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben möchte, darf die DKV keine Daten an den/die Bevollmächtigte/n übermitteln. Dies führt dazu, dass er/sie mich in den meisten der oben genannten Angelegenheiten nicht vertreten kann.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit bei der DKV widerrufen kann. Ein Widerruf betrifft nicht die Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist.

Ort und Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Erklärung der bevollmächtigten Person

Ich bin mit den Inhalten der obigen Vollmacht einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass die DKV AG meine oben genannten personenbezogenen Daten zur Durchführung der Vollmacht verarbeitet und verwendet. Detaillierte Informationen zum Datenschutz und meinen diesbezüglichen Rechten (wie z.B. das Widerspruchsrecht oder ein Beschwerderecht) kann ich nachlesen unter www.dkv.com/vollmachtnehmer oder unter service@dkv.com anfordern.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten