

DMS 02011

Versicherungs-Nr. KV	Versicherungsnehmer / Versicherter (Name, Vorname)
Anschrift des Versicherungsnehmers (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum

Einwilligung in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten durch die DKV

Ich möchte eine Beratung zu meinem bestehenden Krankenversicherungsvertrag bei der DKV. Diese soll durch folgenden Partner für Versicherungsfragen erfolgen:

Name, Vorname des Versicherungspartners	Agentur-Nummer (vom Versicherungspartner auszufüllen)
---	---

- Ich habe allgemeine Fragen zu Art und Umfang meines Versicherungsschutzes.
- Ich wünsche Auskunft zur Aufhebung/Herabsetzung des versicherungsmedizinischen Beitragszuschlages/des Leistungsausschlusses.
- Ich wünsche Auskünfte im Rahmen einer Vertragsgestaltung (z. B. Vertragstrennung/Beitragsrückerstattung).
- Ich habe Fragen zu meiner Leistungsabrechnung vom _____.
- Ich habe Fragen zum Brief der DKV vom _____.
- Ich möchte, dass der Versicherungspartner für mich eine medizinische Vorabprüfung stellt. Diese soll für die aufgeführten versicherten Personen erfolgen.
- Ich wünsche Beratung/Auskunft zu: (Bitte beschreiben Sie konkret Ihren Wunsch.)

Versicherungs-Nr. KV

Ich willige ein, dass die DKV die personenbezogenen Daten und Tarife zur Antwort der von mir angekreuzten Anfrage im erforderlichen Umfang an den genannten Versicherungspartner übermittelt. Diese Einwilligung umfasst **ausdrücklich auch meine Gesundheitsdaten**, wenn diese zur Antwort erforderlich sind. Dazu zählen auch nähere Angaben zu:

- Diagnosen
- Untersuchungen
- Krankheitsbildern
- einzelnen Abrechnungspositionen aus einem Heil- und Kostenplan
- die Art der durchgeführten Behandlung

Bei einer medizinischen Vorabprüfung gilt:

Die DKV darf dem Versicherungspartner bestehende Zuschläge und die Krankheitsbilder mitteilen, die zur Erhebung des Beitragszuschlags führen. Ich willige ein, dass die DKV die personenbezogenen Daten hierfür verwendet. Diese Einwilligung gilt ausdrücklich auch für meine Gesundheitsdaten. Mir ist bekannt, dass die DKV die Vorabanfrage ohne meine Einwilligung nicht durchführen darf.

Zu diesen Zwecken entbinde ich die für die DKV tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Die Auskünfte darf der genannte Versicherungspartner nur zur Beratung dieser konkreten Anfrage nutzen und nicht an Dritte weitergeben. Die DKV erhält diese Erklärung und speichert die Daten elektronisch.

Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärung abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DKV zu widerrufen.

Eine umfassende Beratung/Auskunft ist ohne diese Einwilligung nicht gewährleistet.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers /
Versicherten

Unterschrift(en) der versicherten Person(en)
ab dem 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter