

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Angaben zu meiner Person (bitte ausfüllen):

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Meine(n) privaten Krankenversicherer sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an dem meinem Antrag zugrundeliegenden Sachverhalt beteiligt sind, befreie ich von der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 7 Strafgesetzbuch (StGB), soweit es für das Verfahren vor dem Ombudsmann erforderlich ist. (Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die am Verfahren vor dem PKV-Ombudsmann beteiligt sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.)

Ich bin damit einverstanden, dass mein privater Krankenversicherer zur Durchführung des Ombudsmannverfahrens Gesundheitsdaten, ärztliche Berichte oder Gutachten sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten und Auskünfte an den Ombudsmann und seine Mitarbeiter übermittelt.

Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten, insbesondere Name, Kontakt- und Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Zweck der Durchführung des Schlichtungsverfahrens erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Ombudsmann und seine Mitarbeiter einverstanden.

Hinweis: Die Einwilligung zur datenschutzrechtlichen Verarbeitung erfolgt freiwillig. Sie können sie jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift mitversicherte Person(en)