

Einwilligungserklärung

Zur Verarbeitung von personenbezogenen / sensiblen Daten

Betroffene/r: _____ Geb. Datum: _____

Minderjährige/r: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Email: _____

Vor- u. Familienname Kontaktdaten Geburtsdatum _____

Krankenstandsbescheinigung _____

Befund, Arztbericht _____

Aufenthaltsbestätigung _____

Diagnose, ärztl. Gutachten _____

Ich willige ein, dass meine obigen personenbezogenen Daten an folgende Versicherungsunternehmen zum Zwecke der Angebotsstellung und Antragsstellung sowie Polizzenführung weitergeleitet werden dürfen.

Versicherer/Sozialeinrichtung/Arzt/Krankenanstalt/Therapeut/_____

Ich willige ein, dass die angeführten Daten an obige Partner-Unternehmen für die Leistungsabwicklung weitergeleitet werden dürfen

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Widerspruch zur Verarbeitung der angeführten Daten. Sollten Sie der Meinung sein, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen rechtliche Bestimmungen verstößt, so steht Ihnen die Behörde für die Möglichkeit der Beschwerde zur Verfügung.

Für Fragen stehen wir Ihnen unter den oben genannten Kontakten zur Verfügung.

Datum _____

Unterschrift _____