

Teilnahmeerklärung

DKV-GESUNDHEITSSERVICE NIKOTINFREI

Bitte senden Sie diese Teilnahmeerklärung ausgefüllt und unterschrieben zurück an die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Gruppe LMB6 K, Aachener Str. 300, 50933 Köln.

■	
Name, Vorname	
■	■
Geburtsdatum	Versicherungsnummer
■	■
Telefonnummer <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	Uhrzeit (wann dürfen wir Sie anrufen?)
■	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
■	
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe zur Kontaktaufnahme und Kommunikation im Rahmen des Gesundheitsservice)	
■ Ja, ich bin bei der DKV krankheitskostenvollversichert	

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

ich den **DKV-Gesundheitsservice Nikotinfrei** in Anspruch nehmen möchte. Mir ist bekannt, dass die Nutzung freiwillig und ohne zusätzliche Kosten ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden kann.

Gleichzeitig gebe ich die dafür notwendige Erklärung zum Datenschutz ab:

- Ich willige ein, dass die DKV Deutsche Krankenversicherung AG meine oben angegebenen personenbezogenen Daten an die **almeda GmbH**, Rosenheimer Str. 116a, 81669 München, zur Durchführung des **DKV-Gesundheitsservice Nikotinfrei** übermittelt. Hierzu entbinde ich die Angehörigen der DKV von Ihrer Schweigepflicht.
- Ich willige weiter ein, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, die ich im Laufe des Service an die **almeda GmbH** übermittele, durch die **almeda GmbH** verarbeitet und genutzt werden dürfen, soweit dies für die Durchführung dieses Service erforderlich ist.
- Mir ist bekannt, dass die DKV keinen Zugriff auf meine an die **almeda GmbH** im Laufe dieses Service übermittelten personenbezogenen Daten, insbesondere nicht auf meine Gesundheitsdaten, hat. Selbstverständlich hat die **almeda GmbH** keinen Zugriff auf meine bei der DKV gespeicherten Daten. Nach Ausscheiden aus dem Programm werden meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

■	
Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche(r) Vertreter

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

50594 Köln

Telefon 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)*

* oder aus dem Ausland +49 / 2 21 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com