

# Teilnahmeerklärung

## DKV Gesundheitsprogramm

Bitte senden Sie diese Teilnahmeerklärung ausgefüllt und unterschrieben zurück. Ein Freiumschlag liegt für Sie bei.

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 gewählten Programms)		

### Meine Teilnahme

Die DKV hat mir das DKV Gesundheitsprogramm vorgestellt.

Ich möchte an folgendem Programm teilnehmen:

\_\_\_\_\_

(bitte hier den Namen des Programms eintragen, siehe Broschüre)

### Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

ich am oben genannten DKV Gesundheitsprogramm teilnehme. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig und kostenfrei ist. Die Teilnahme am Programm kann jederzeit, ohne Angaben von Gründen, für die Zukunft widerrufen werden. Den Widerruf nimmt die Thieme TeleCare GmbH gern telefonisch, schriftlich oder per E-Mail entgegen.

### Gleichzeitig gebe ich die dafür notwendige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung ab:

- Ich willige ein, dass die DKV Deutsche Krankenversicherung AG meine oben angegebenen personenbezogenen Daten an die Thieme TeleCare GmbH, Oswald-Hesse-Str. 50, 70469 Stuttgart, zur Durchführung des Programms 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 Programms an die Thieme TeleCare GmbH übermittele, durch die Thieme TeleCare GmbH verarbeitet und genutzt werden dürfen, soweit dies für die Durchführung dieses Programms erforderlich ist.
- Ich bin darüber informiert, dass die DKV keinen Zugriff auf meine an die Thieme TeleCare GmbH im Laufe dieses Programms übermittelten personenbezogenen Gesundheitsdaten hat. Zu Abrechnungs- und Controllingzwecken ist es jedoch erforderlich, dass die Thieme TeleCare GmbH an die DKV bestimmte personenbezogene Daten übermittelt. Hierzu zählen zum Beispiel meine Daten aus der Teilnahmeerklärung, Beginn und Ende des Programms, Grund meines Ausscheidens, Art und Umfang meiner Betreuung sowie der Einsatz von digitalen Devices (Thieme Coach App). Ich willige ein, dass die Thieme TeleCare GmbH diese Daten an die DKV übermittelt.
- Ich bin weiter darüber informiert, dass die Thieme TeleCare GmbH selbstverständlich keinen Zugriff auf meine bei der DKV gespeicherten Gesundheitsdaten hat.
- Mir ist bekannt, dass die Thieme TeleCare GmbH meine Daten nach dem Ausscheiden aus dem Programm unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen löscht.
- Ich kann die erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung jederzeit gegenüber der DKV AG oder der Thieme TeleCare GmbH widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche(r) Vertreter	DMS 03043
------------	---	-----------

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln  
Tel 0800 3746444 (gebührenfrei)\*  
service@dkv.com, www.dkv.com



\*oder aus dem Ausland + 49 221 57894005  
(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

# Teilnahmeerklärung

## DKV Gesundheitsprogramm

Bitte senden Sie diese Teilnahmeerklärung ausgefüllt und unterschrieben zurück. Ein Freiumschlag liegt für Sie bei.

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 gewählten Programms)		

### Meine Teilnahme

Die DKV hat mir das DKV Gesundheitsprogramm vorgestellt.

Ich möchte an folgendem Programm teilnehmen:

\_\_\_\_\_

(bitte hier den Namen des Programms eintragen, siehe Broschüre)

### Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

ich am oben genannten DKV Gesundheitsprogramm teilnehme. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig und kostenfrei ist. Die Teilnahme am Programm kann jederzeit, ohne Angaben von Gründen, für die Zukunft widerrufen werden. Den Widerruf nimmt die Thieme TeleCare GmbH gern telefonisch, schriftlich oder per E-Mail entgegen.

### Gleichzeitig gebe ich die dafür notwendige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung ab:

- Ich willige ein, dass die DKV Deutsche Krankenversicherung AG meine oben angegebenen personenbezogenen Daten an die Thieme TeleCare GmbH, Oswald-Hesse-Str. 50, 70469 Stuttgart, zur Durchführung des Programms 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 Programms an die Thieme TeleCare GmbH übermittele, durch die Thieme TeleCare GmbH verarbeitet und genutzt werden dürfen, soweit dies für die Durchführung dieses Programms erforderlich ist.
- Ich bin darüber informiert, dass die DKV keinen Zugriff auf meine an die Thieme TeleCare GmbH im Laufe dieses Programms übermittelten personenbezogenen Gesundheitsdaten hat. Zu Abrechnungs- und Controllingzwecken ist es jedoch erforderlich, dass die Thieme TeleCare GmbH an die DKV bestimmte personenbezogene Daten übermittelt. Hierzu zählen zum Beispiel meine Daten aus der Teilnahmeerklärung, Beginn und Ende des Programms, Grund meines Ausscheidens, Art und Umfang meiner Betreuung sowie der Einsatz von digitalen Devices (Thieme Coach App). Ich willige ein, dass die Thieme TeleCare GmbH diese Daten an die DKV übermittelt.
- Ich bin weiter darüber informiert, dass die Thieme TeleCare GmbH selbstverständlich keinen Zugriff auf meine bei der DKV gespeicherten Gesundheitsdaten hat.
- Mir ist bekannt, dass die Thieme TeleCare GmbH meine Daten nach dem Ausscheiden aus dem Programm unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen löscht.
- Ich kann die erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung jederzeit gegenüber der DKV AG oder der Thieme TeleCare GmbH widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche(r) Vertreter	DMS 03043
------------	---	-----------

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln  
Tel 0800 3746444 (gebührenfrei)\*  
service@dkv.com, www.dkv.com



\*oder aus dem Ausland + 49 221 57894005  
(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)