



**EINFACH  
IN KONTAKT  
BLEIBEN!**

an Günther Bühner,  
Fax: 0203 545 609079  
Mail: guenther.buehner@novitas-bkk.de

Um Sie bestmöglich beraten zu können, benötigen wir eine Einverständniserklärung von Ihnen. Denn der Gesetzgeber verlangt Ihre Zustimmung für die allgemeine Beratung und Information, zum Beispiel bei telefonischen Kontakten oder im Mailverkehr.

Wir versichern Ihnen: Wir gehen mit dieser Zustimmung sehr gewissenhaft um und sie kann von Ihnen auf Wunsch jederzeit einfach und schnell widerrufen werden.

Wenn Sie also weiterhin von uns persönlich über Ihre Ansprüche zu ge-

setzlichen Leistungen der Krankenversicherung, unsere satzungsgemäßen Mehrleistungen oder Serviceleistungen der Novitas BKK beraten und informiert werden möchten, füllen Sie bitte die folgende Einverständniserklärung aus.



**24-Stunden-Service: 0800 664 8233\***

Personengebundene Begriffe werden geschlechtsneutral ausgewiesen. \*gebührenfrei - Stand: PB5 12|2019

**NOVITAS BKK**

## EINWILLIGUNG ZUR TELEFONISCHEN KONTAKTAUFNAHME/E-MAIL-KONTAKT

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon/ Mobilfunknummer	E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum, Unterschrift	<small>Diese Einverständniserklärung kann jederzeit per Brief, E-Mail oder Telefon gegenüber der Novitas BKK widerrufen werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach dem SGB V erhoben und gespeichert. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Die Nichtbeantwortung hat für Sie keine nachteiligen Folgen.</small>

Durch das Ankreuzen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Novitas BKK mich telefonisch oder per E-Mail über meine Telefon- oder Mobilfunknummer bzw. E-Mail-Adresse zu meinen Ansprüchen zu gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung, satzungsgemäßen Mehrleistungen, eigenen Serviceleistungen sowie zu gesetzlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in Angelegenheiten betreff meines Versicherungsschutzes kontaktiert.

**Außerdem möchten wir Sie zukünftig gerne zur Qualitäts- und Serviceverbesserung im Rahmen von eigenen Kundenbefragungen kontaktieren. Wenn Sie auch damit einverstanden sind, kreuzen Sie bitte den folgenden Punkt an.**

Durch das Ankreuzen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Novitas BKK mich telefonisch oder per E-Mail über meine Telefon- oder Mobilfunknummer bzw. E-Mail-Adresse zum Zwecke der Qualitäts- und Serviceverbesserung im Rahmen eigener Kundenbefragungen kontaktiert.