

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten
Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung „medhochzwei“
nach § 140a SGB V Heimat Krankenkasse

I. Einwilligung in die Vertragsteilnahme

Hiermit erkläre ich gegenüber der **Heimat Krankenkasse**, dass

- ich bei der **Heimat Krankenkasse** versichert bin.
- ich an „**medhochzwei**“, im weiteren Verlauf mit **medhochzwei** bezeichnet, teilnehme.
- ich die Versicherteninformation: „Versicherteninformation zur Teilnahme (I.) und zum Datenschutz (II.) im Rahmen der besonderen Versorgung **medhochzwei** – im Folgenden nur als: „Versicherteninformation“ bezeichnet - zur Teilnahme an **medhochzwei**, gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.
- mir bekannt ist, dass die Informationen, die ich durch die Nutzung von **medhochzwei** erhalte, unverbindliche Empfehlungen und Auskünfte darstellen. Technische Fehler können nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die **Heimat Krankenkasse** haftet nicht für mögliche Schäden, die durch die Programmnutzung entstehen.
- mir bekannt ist, dass **medhochzwei** nicht den Besuch beim Arzt oder der Ärztin ersetzen kann.
- ich einen Internetzugang und ein kompatibles Endgerät besitze, um **medhochzwei** nutzen zu können.
- ich, dass meine Angaben (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer) vollständig und richtig angegeben habe.

II. Vertragliche Bindung

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an **medhochzwei** freiwillig und für mich kostenfrei ist und mit dem Tag der Unterzeichnung bzw. der elektronischen Abgabe meiner Teilnahmeerklärung und datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung beginnt. Die Teilnahme kann nach Ablauf der Widerrufsfrist bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, mit Wirkung für die Zukunft, außerordentlich gekündigt werden. Dabei ist das Datum, an welchem meine Kündigung der **Heimat Krankenkasse** zugeht maßgebend. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung der Teilnahme kann vorliegen, wenn z.B. das Zutrauen in die Informationsvermittlung bzw. die Informationsinhalte zur individuellen Unterstützung nicht mehr gegeben ist. Die Kündigung ist in Textform an die **Heimat Krankenkasse** zu senden.
- ich die Teilnahme an **medhochzwei** innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung widerrufen kann (zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung). Der Widerruf ist in Schrift- oder Textform an die **Heimat Krankenkasse** oder medhochzwei zu senden oder kann direkt Vorort bei meiner **Heimat Krankenkasse** erklärt werden.
- ich das medhochzwei-Programm nur nutzen kann, wenn ich volljährig bin
- das von mir zu betreuende Kind das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- die Teilnahme an der besonderen Versorgung automatisch endet,
 - mit Beendigung der besonderen Versorgung. Das Ende der besonderen Versorgung erfolgt spätestens drei Jahre nach Erklärung der Teilnahme.
 - mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.
 - mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse.
 - mit dem Widerruf meiner Einwilligung zur Datenverarbeitung.
 - mit dem Widerruf meiner Teilnahmeerklärung
 - sofern ich meinen Mitwirkungspflichten im Sinne der Nutzung nicht nachkomme,

- die Teilnahmevoraussetzungen entfallen sind bzw. sich Ausschlussgründe ergeben haben
- ich das medhochzwei-Programm nicht unter Verwendung eines Endgeräts nutzen darf, bei welchem die Nutzungsbeschränkungen des Herstellers nachträglich und nicht autorisiert entfernt wurden (iOS: Jailbreaking; Android: Rooting). Sollte ich dies dennoch tun, hafte ich für alle hieraus entstandenen Schäden persönlich.

Information und Folgen bei Pflichtverstößen

Komme ich meinen Mitwirkungspflichten im Rahmen der besonderen Versorgung auch nach wiederholter Rücksprache nicht nach, kann meine Krankenkasse mich von der Teilnahme aus dem Versorgungsangebot ausschließen.

Widerrufsrechtsbelehrung

Meine Teilnahme ist freiwillig und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Schrift- oder Textform gegenüber meiner Krankenkasse oder medhochzwei oder auch direkt Vorort bei meiner Krankenkasse widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse bzw. medhochzwei. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Schweigepflichtentbindungserklärung gem. §§ 140a Abs. 5, § 284 SGB V, § 67ff SGB X bzw. Art. 6 Abs.1 a) u. 7 DSGVO.

- Die Ziele, den Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege, einschließlich der Beteiligten, habe ich der zuvor angezeigten **Versicherteninformation** entnommen.
- Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der **Versicherteninformation** erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten, zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieses Versorgungsangebotes, im Rahmen der Teilnahme einverstanden.
- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen von „medhochzwei“ erhobenen und erfassten Daten (diese finden Sie in der Versicherteninformation) zum Zwecke der Abrechnung über die medhochzwei Verlag GmbH an die **Heimat Krankenkasse** übermittelt werden dürfen.
- Die medhochzwei Verlag GmbH darf meine Teilnahmeerklärung und meine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung archivieren und an die **Heimat Krankenkasse** übermitteln.
- Meine für den Vertrag, auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten, werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 3 Jahre nach Teilnahmeende.
- Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung, Qualitätssicherung und kontinuierlichen Produktverbesserung ein.

Die Einwilligung in die Datenverarbeitung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich eine erteilte Einwilligung zu o.g. Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten jederzeit

ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung davon nicht berührt wird. Der Widerruf meiner Einwilligung führt jedoch dann dazu, dass eine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist.

Mir wurde die Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz zur Verfügung gestellt, in der u. a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist. Ich habe sie sorgfältig gelesen. Mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der besonderen Versorgung bin ich einverstanden.

Meine Einwilligung zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist freiwillig und kann jederzeit, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen, von mir widerrufen werden. Aufgrund meines Widerrufs wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner Daten berührt. Meine Einwilligung zu dieser Verwendung meiner Daten kann ich jederzeit durch formlose Erklärung, z.B. per Telefon, E-Mail oder Brief, gegenüber meiner Krankenkasse oder medhochzwei. Hierdurch entstehen mir keine Nachteile, sondern ich werde als Versicherte weiterhin so gut betreut wie zuvor. Lediglich die weitere Teilnahme an diesem Programm ist dann nicht mehr möglich und ich werde aus der Versorgung abgemeldet. Im Falle eines Widerrufs werden Bestandsdaten bzw. bereits übertragene Daten nicht sofort gelöscht, sondern wie oben beschrieben, werden sie erst gelöscht sobald sie weder für die Abrechnung benötigt werden und keine anderen Aufbewahrungspflichten/-rechte mehr bestehen.

Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich habe die Versicherteninformation (insbesondere II. der Versicherteninformation) sorgfältig gelesen, in der u. a. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist. Die Versicherteninformation kann ich jederzeit auf der medhochzwei-Homepage abrufen.

Ich willige in die, in der Versicherteninformation beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der digitalen Nachsorge: „medhochzwei“ nach § 140a SGB V ein.