

Einwilligungserklärung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Versicherungsnummer der Central Krankenversicherung AG:

Versicherungsnummer der Deutschen Rentenversicherung:

Hiermit willige ich ein, dass die Deutsche Rentenversicherung meinem privaten Krankenversicherungsunternehmen, Central Krankenversicherung AG, auf Grundlage der in meinem Versicherungskonto enthaltenen Daten Auskunft erteilt, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt sind. Die Einwilligung wird ausschließlich zu dem Zweck erteilt, die Einleitung einer **medizinischen Rehabilitation** sicher zu stellen.

Ich bin darüber informiert, dass diese Daten nur zu dem oben genannten Zweck der Einleitung einer medizinischen Maßnahme verwendet werden. Eine Weitergabe meiner Daten an dritte Personen oder Stellen erfolgt nicht.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Bitte teilen Sie der Central Krankenversicherung AG mit, ob ein versicherungsrechtlicher Anspruch besteht.

Ansprechpartner bei der Central Krankenversicherung AG

Team Stationär

Telefonnummer 0221 1636-2913

Faxnummer 0221 1636-2560

E-Mail: stationaer@central.de