

## Leistungsauftrag zum Gruppenversicherungsvertrag

Weltpolice Vertrags-Nr.
-------------------------

Die Felder bitte vollständig ausfüllen. Danke.

Absender Name

Anschrift

E-Mail

--

Beleg-Nr.	Name, Vorname der behandelten Person	Behandlungs-/ Bezugsdaten	Diagnosen	Rechnungsbetrag / Währung	Anmerkungen

<input type="checkbox"/>	<p><b>Schriftliche Informationen rund um meinen Leistungsanspruch sollen grundsätzlich vom Versicherer per E-Mail an die o. g. E-Mail-Adresse versendet werden.</b></p> <p><b>Einwilligung zur E-Mail-Nutzung:</b> Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse auch für vertragliche Zwecke, wie z. B. Leistungsabrechnungen, Arztbelege mit Gesundheitsangaben von der Barmenia Krankenversicherung a. G. genutzt wird. Der Versand von Informationen per E-Mail ist kein sicherer (verschlüsselter) Kommunikationsweg. Daher kann bei der unverschlüsselten E-Mail-Versendung eine Kenntnisnahme und Veränderung von Daten durch unberechtigte Dritte nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. In Kenntnis dieser Umstände erkläre ich mein Einverständnis mit der unverschlüsselten elektronischen Kommunikation und der Zusendung nicht verschlüsselter E-Mails durch die Barmenia Krankenversicherung a. G. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.</p> <p>Achtung: Wird dieses Feld nicht angekreuzt und der Leistungsauftrag nicht als Zustimmung zum E-Mail-Versand von der/den versicherte/n Person/en, für die Leistungen hiermit beantragt werden, unterschrieben, erfolgt der Versand alleine auf dem Postweg.</p>
--------------------------	--

Bitte beachten: Die Barmenia haftet nicht für Datenverluste oder Zugriff unberechtigter Dritter. Mit Ihrem ausdrücklichen Wunsch des E-Mail-Versandes akzeptieren Sie diese Bedingungen.

<b>Bitte erstatten Sie auf folgendes Konto:</b>		Ich bevorzuge eine Kommunikation auf		<b>Nur bei Reisen unter 90 Tagen:</b>	
Inhaber:		<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> englisch	Reisezeit (von/bis):	
Bank:				Einsatzland:	
Kto-Nr.:				Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers	
BLZ/BIC:					
IBAN:		Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person/en			