

Anerkennung als allgemeine nahestehende Hilfsperson

Eidesstattliche Erklärung

Gesetz vom 12. Mai 2014



Die Versicherungsträger sammeln und verarbeiten personenbezogene Daten. Wir tun dies, um unsere Aufgabe als Krankenkasse zu erfüllen, Ihre Akte zu verwalten und Sie über unsere Dienstleistungen und Aktivitäten zu informieren. Sie haben das Recht zu erfahren, welche Daten wir verarbeiten, die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten zu verlangen, gegen automatisierte Entscheidungen Einspruch zu erheben und die Verarbeitung Ihrer Daten für Direktmarketingzwecke zu unterbinden. Senden Sie Ihre Anfrage zu Händen unseres Datenschutzbeauftragten an unsere Postanschrift oder an privacy@cm.be. Im Rahmen der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit dieser eidesstattlichen Erklärung gilt die Ausübung der obengenannten Rechte der betroffenen Personen sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch für die unterstützte Person.

Ich erkläre, dass ich diesen Antrag korrekt und vollständig ausgefüllt habe. Sollte sich meine Situation ändern, versichere ich, dass ich die Krankenkasse unverzüglich informieren werde.

Mir ist bekannt, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung oder das Unterlassen einer Pflichterklärung oder der Übermittlung der von mir verlangten Angaben unbeschadet einer möglichen Rückforderung nach den Artikeln 230 bis 236 einschließlich des Sozialstrafgesetzbuches Geldbußen, eine Verwaltungsstrafe oder ein Gerichtsverfahren nach sich ziehen kann, und ich verpflichte mich, meiner Krankenkasse jede Änderung mitzuteilen.

Ich erkläre, dass mir die Möglichkeit bekannt ist, einen Antrag auf Anerkennung als nahestehende Hilfsperson für die Gewährung sozialer Rechte zu stellen. Ich erkläre, dass ich mir bewusst bin, dass dies zusätzlichen Bedingungen unterliegt und ein anderes Antragsformular verwendet werden muss.

Datum: / /

Datum: / /

Unterschrift der nahestehenden Hilfsperson
(des pflegenden Angehörigen)

Unterschrift der unterstützten Person
oder ihres gesetzlichen Vertreters

Im Rahmen der Verarbeitung der Daten im Zusammenhang mit dieser eidesstattlichen Erklärung gilt die Ausübung der obengenannten Rechte der betroffenen Personen sowohl für die nahestehende Hilfsperson als auch für die unterstützte Person.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich die Krankenkasse meiner nahestehenden Hilfsperson (meines pflegenden Angehörigen) falls erforderlich mit meiner Krankenkasse in Verbindung setzt, damit diese die zweckmäßigen und erforderlichen Schritte einleiten kann, um meinen Gesundheitszustand und meine Pflegebedürftigkeit festzustellen, die im Rahmen dieser eidesstattlichen Erklärung erforderlich sind.

* Ich bin damit einverstanden, dass die Christliche Krankenkasse (CKK) meine E-Mail-Adresse verwendet, um mich im Rahmen meiner persönlichen Akte zu kontaktieren (1). Wenn ich meine E-Mail-Adresse eingebe oder ändere, erhalte ich aus Sicherheitsgründen eine E-Mail von der CKK um meine E-Mail-Adresse zu bestätigen und meine Kommunikationspräferenzen gegebenenfalls zu ändern. Erst nach dieser Bestätigung wird die CKK meine Einstellungen verwenden.
(1) Es handelt sich um folgende Mitteilungen im Rahmen der CKK-Dienstleistungen: Übersicht über die Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit, Briefe, Formulare und Bescheinigungen; Aufforderungen zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags, der Versicherungsprämien und anderer Rechnungen im Rahmen meiner persönlichen Akte (2); Informationen über Leistungen und Vorteile der Pflicht- und Zusatzversicherung; Mitteilungen im Rahmen meiner wahlfreien Versicherungsverträge bei der CKK-Assura (Hospi, Denta). Mir ist bekannt, dass aus diesen Mitteilungen bei Bedarf Informationen über meine Gesundheit abgeleitet werden können, und ich schütze den Zugang zu meiner Mailbox, wenn nötig.
(2) Dies gilt nicht, wenn ich mich dafür entschieden habe, meine CKK-Unterlagen und/oder CKK-Rechnungen über Doccle zu erhalten.