

Individuelle Unterstützung der Fondation Groupe Mutuel

Genehmigungsformular zur Bearbeitung und Übermittlung von Daten

Die unterzeichnende Person hat eine Anfrage für individuelle Unterstützung bei der Fondation Groupe Mutuel eingereicht. Gleichzeitig muss diese Person über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) bei einer Gesellschaft verfügen, die von der Groupe Mutuel Services AG vertreten wird (die Groupe Mutuel Services AG und die Gesellschaften, die von ihr vertreten werden, werden hiernach als Groupe Mutuel bezeichnet). Um diese Anfrage bearbeiten und eine koordinierte Dienstleistung garantieren zu können, müssen diese Versicherer zusammenarbeiten. Dazu tauschen sie die nachfolgenden Daten aus:

Die unterzeichnende Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Ermächtigt hiermit

die Groupe Mutuel Services AG und die Fondation Groupe Mutuel, meine hiernach beschriebenen persönlichen, administrativen und medizinischen Daten (oder jene der Person, die vertreten wird) unter einander zum Zweck der Bearbeitung meiner Anfrage um individuelle Unterstützung (oder jene der Person, die vertreten wird) auszutauschen.

Beschreibung der Daten:

- Persönliche und administrative Daten (z. B. Vorname, Name, Adresse, Bank- und/oder Postdaten)
- Sensible Daten (medizinische Rechnungen von Ärzten oder anderen schweizerischen und ausländischen Leistungserbringern, Kostenvoranschläge, Leistungsabrechnungen, letzte Steuererklärung)

Zweck der Datenerhebung

- Durch meine Unterschrift bestätige ich, über die Bearbeitung meiner persönlichen, administrativen und medizinischen Daten (oder jener der Person, die vertreten wird) durch die Fondation Groupe Mutuel und die Groupe Mutuel Services AG informiert worden zu sein und gebe hierzu ausdrücklich und aus freien Stücken meine Einwilligung. Zudem ermächtige ich die Fondation Groupe Mutuel und die Groupe Mutuel Services AG die zur Erreichung des Zwecks des vorliegenden Dokuments nötigen medizinischen Unterlagen auszutauschen. Dazu entbinde ich die Groupe Mutuel Services AG vom Berufsgeheimnis gegenüber der Fondation Groupe Mutuel. Ausserdem entbinde ich die Ärzte oder anderen schweizerischen und ausländischen Leistungserbringer von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Fondation Groupe Mutuel und der Groupe Mutuel Services AG.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, das vorliegende Dokument aufmerksam gelesen und dessen Inhalt verstanden zu haben. Ich gebe aus freien Stücken mein ausdrückliches Einverständnis zur Bearbeitung meiner Daten. Die Zustimmung zur Datenübermittlung ist für die gesamte Bearbeitungsdauer der Anfrage gültig.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass weder die Fondation Groupe Mutuel noch die Groupe Mutuel Services AG für die Richtigkeit und Vollständigkeit der an sie von den Versicherten oder Ärzten oder anderen schweizerischen oder ausländischen Leistungserbringern übermittelten Informationen zur Verantwortung gezogen werden kann.
- Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass der Rechtsweg bei einer Ablehnung ausgeschlossen ist. Bei einer Zusage erfolgt die Unterstützung als Ausnahme, freiwillig und ohne Verpflichtung unsererseits.
- Vorliegendes Dokument unterliegt vollumfänglich und ausschliesslich schweizerischem Recht. Alle Streitigkeiten, Differenzen oder Ansprüche, die aus vorliegendem Dokument entstehen oder mit diesem in Zusammenhang stehen, eingeschlossen dessen Gültigkeit, Ungültigkeit, Verletzung oder Umsetzung, werden gemäss schweizerischem Recht entschieden. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist in Martigny.

Ort

Datum

Unterschrift