

Einwilligungserklärung zur Vorlage beim Rentenversicherungsträger

Bitte kreuzen Sie Ihren Rentenversicherungsträger an:

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Rentenversicherungsnummer:

(Wo finde ich meine Nummer? Auf dem Sozialversicherungsausweis rechte Innenseite oder direkt beim Rentenversicherungsträger anfragen)

E-Mail-Adresse: _____

Handynummer: _____

Festnetznummer: _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich Mitarbeitende der Märkische Reha-Kliniken GmbH bedarfsorientiert bei den für die Bearbeitung meines Präventionsantrages zuständigen Mitarbeitenden der Deutschen Rentenversicherung (DRV) telefonisch oder schriftlich über den aktuellen Status des Antrags informieren dürfen, um die Planung von RV Fit in meinem Sinne frühzeitig durchführen zu können.

Ich bin ebenfalls einverstanden, dass die Mitarbeitenden der DRV eine entsprechende Mitteilung über die Entscheidung meines RV Fit Antrages an die Märkische Reha-Kliniken GmbH übersenden.

Für die weitere und zeitnahe Bearbeitung des Antrages ist es wichtig, dass die Märkische Reha-Kliniken GmbH Kenntnis darüber hat, bei welchem DRV Träger ich versichert bin. Ich bin damit einverstanden, dass sich Mitarbeitende der Märkische Reha-Kliniken GmbH bei der DRV zu diesem Zweck nach dem für mich zuständigen Rentenversicherungsträger erkundigen können.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft zurückgenommen werden.

Mir ist bekannt, dass ich keine Nachteile zu erwarten habe, wenn ich mit der oben beschriebenen Kontaktaufnahme bzw. Verfahrensweise nicht einverstanden bin.

Ort

Datum, Unterschrift