

Teilnahmeerklärung des Versicherten

zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V für ein digitales Angebot für Patienten mit Adipositas – Gro Health (Vertragskennzeichen: 120A1400773)

Das Versorgungsangebot im Rahmen dieser Besonderen Versorgung für Patienten mit Adipositas mittels dem digitalen Adipositasprogramm Gro Health und den Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige mit meiner elektronischen Zustimmung auf der Gro Health-Webseite, dass ich

- über die Inhalte des Versorgungsmodells, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert wurde und eine Teilnahme wünsche.
- die Patienteninformation erhalten habe und über die Inhalte der Datenverarbeitung informiert bin.
- bei der Mobil Krankenkasse versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an der Besonderen Versorgung freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt.
- die Informationen, die ich durch die Nutzung von Gro Health erhalte, unverbindliche Empfehlungen und Auskünfte darstellen.
- Gro Health kann nicht zur Selbstdiagnose oder Selbstbehandlung herangezogen werden. Es ersetzt nicht den Besuch beim Arzt.
- die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet
 - mit einem Krankenkassenwechsel,
 - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - nach einer Bindungsdauer von max. 12 Monaten,
 - wenn Sie Ihren Account und personenbezogene Daten bei Gro Health löschen lassen,
 - beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Leistungserbringer,
 - mit dem Datum, an dem die Mobil Krankenkasse den Vertrag beendet.
- **ich meine Erklärung zur Teilnahme an dem Versorgungsmodell innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe widerrufen kann (zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung). Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Mobil Krankenkasse erfolgen und bedarf keiner Begründung.**

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Ihre Mobil Krankenkasse