

Es schreibt Ihnen:  
**Leistungsservice**  
Tel.: 0821 907 86 440  
Fax: 0821 907 86 444  
**leistung@finanzschneiderei.de**



## **Kostenerstattung mit der Europäischen Krankenversicherung Morgan Price Europe**

Guten Tag,

als Kunde einer internationalen Krankenversicherung sind Sie leistungsstark und günstig abgesichert.

Damit Ihre medizinischen Kosten möglichst schnell erstattet werden können, sollten Sie im Leistungsfall gewisse Unterschiede beachten - z. B. sind die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, in der Regel **nur 3 Monate**, nach Behandlungsdatum.

Weil der Aufwand bei der Antragsstellung überschaubar war, müssen nun bei der Einreichung von Rechnungen detaillierte Auskünfte zur erstmaligen Erkrankung und Behandlung gegeben werden.

Als Experte helfe ich Ihnen gerne Sprachbarrieren zu überwinden und unterstütze Sie im Leistungsfall bei allen Abläufen.

### **Und so funktioniert´s:**

- 1. Füllen Sie den folgenden Leistungsantrag („Claimform“) vollständig aus.**  
Besonders wichtig ist die Beantwortung der Fragen im ärztlichen Teil zu:  
Diagnose, Datum der ersten Beschwerden und Erstbehandlung.
- 2. Legen Sie die Arztrechnungen/Rezepte der behandelnden Diagnose bei.**  
In der Regel bezahlen Sie die Rechnungen für ambulante Behandlungen zunächst selbst und beantragen die Erstattung durch die Versicherung im Anschluss auf Ihr Konto.
- 3. Fügen Sie die Zahlungsbelege bei.**  
Wenn Sie Kosten bereits im Voraus bezahlt haben und auf Ihr Konto erstattet werden soll, ist ein Überweisungsbeleg / Quittung immer erforderlich.
- 4. Erteilen Sie uns Ihre Einwilligung zur Übermittlung Ihrer gesundheitlichen Daten.**  
Wenn Sie unsere Unterstützung benötigen, dürfen wir Rückfragen zwischen Ihrer Versicherung und Ärzten andernfalls nicht direkt klären.
- 5. Unterlagen abschicken.**  
An uns übermitteln wie es Ihnen am leichtesten fällt: Um Ihnen unnötige Bürokratie zu ersparen nutzen wir E-Mail, Fax, aber auch den klassischen Brief.

### **Wie geht's dann weiter?**

Wir prüfen alle Ihre Antragsangaben vorab auf Vollständigkeit und reichen die Unterlagen dann zur Bearbeitung bei Ihrem Versicherer ein. Im Anschluss - meist innerhalb von 21 Tagen - erhalten Sie Ihr Geld und eine übersichtliche Leistungsabrechnung.

### **Bei Fragen rufen Sie uns jederzeit gerne an!**

Herzlich Grüßt  
Ihre FinanzSchneiderei

## 1 Claim details Erstattungsangaben

Is this a new claim? <b>Ist dies ein neuer Antrag?</b>	Yes Ja	No Nein	
Is this a continuation of a previous claim with Morgan Price? If yes, please provide a claim number if you have one <b>Ist dieser Erstattungsantrag eine Fortsetzung eines vorangegangenen Antrags mit Morgan Price?</b> <b>Wenn Ja, bitte geben Sie die Antragsnummer an, wenn Sie eine haben</b>			Claim No./ Antragsnummer _____
Is this a claim for which you have obtained pre-authorisation? <b>Ist dies ein Antrag für den Sie eine Vorgehmgung erhalten haben?</b>	Yes Ja	No Nein	Pre-authorisation No. Vorgehmgungsnr _____

## 2 Policyholders details Informationen zum Versicherungsnehmer

Policy number Policennummer _____			
Title Anrede	Forename(s) Vorname(n)	Surname Nachname	
Correspondence address Korrespondenzadresse _____			Post/Zip code Postleitzahl _____
Phone Telefon	Mobile number Handynummer	Email Email	

## 3 Patient details Patientenangaben

Title Anrede	Forename(s) Vorname(n)	Surname Nachname	
Date of birth Geburtsdatum _____			
Is this claim related to an accident? <b>Ist dieser Erstattung im Zusammenhang mit einem Unfall?</b>	Yes Ja	No Nein	
Is your claim the result of third party negligence e.g. as the result of an accident? <b>Ist Ihre Forderung das Ergebnis von Fahrlässigkeit Dritter, z. als Folge eines Unfalls?</b>	Yes Ja	No Nein	
If yes, please give details: Wenn ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben: _____			
Are the expenses recoverable either in whole or in part from any other source or insurance policy? <b>Gibt es Ausgaben, die vollständig oder teilweise von anderer Quelle oder einer anderen Versicherungspolice rückgewinnbar sind?</b>	Yes Ja	No Nein	
If yes, please give details including name of the other insurer and the policy number: Wenn "ja", geben Sie bitte den Namen des anderen Versicherers und die Versicherungsnummer an: _____			
Are you entitled to benefits under any state care funded medical care scheme? <b>Haben Sie Anspruch auf Leistungen im Rahmen einer staatlich finanzierten medizinischen Versorgung?</b>	Yes Ja	No Nein	
If yes, please give details including the state care scheme, your reference number and confirm the level of benefit covered. Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten einschließlich des staatlichen Pflegesystems und Ihrer Referenznummer an und bestätigen Sie die Höhe der gedeckten Leistung. _____			

**4**

**Claim information  
Antragsinformation**

- a. Please state the nature of the illness/symptoms:  
Bitte geben sie die Art der Krankheit/Symptome an: \_\_\_\_\_
- b. Please state the date that you first became aware of the symptoms:  
Bitte geben Sie das Datum an, an dem Sie zum ersten Mal auf die Symptome aufmerksam wurden: \_\_\_\_\_
- c. Have you ever received treatment (including over the counter medication) for this condition or any related condition before this episode?  
Wurden Sie jemals deswegen oder wegen einer ähnlichen Krankheit vor dieser Episode behandelt (auch mit Arzneien, die Sie in der Apotheke gekauft haben).  

Yes Ja	No Nein	If yes, please provide details below: Wenn Ja, teilen Sie uns bitte Einzelheiten unten mit:
-----------	------------	--

d. Please list below the invoices you are submitting for reimbursement  
(Please note, if any of the invoices you submit are unclear, these will be sent back to you):  
Bitte geben Sie an, welche Rechnungen Sie für Rückerstattung einreichen  
(Bitte beachten Sie, wenn eine der von Ihnen eingereichten Rechnungen unklar ist, werden diese an Sie zurückgesandt):

Date of treatment Datum der Behandlung	Expenses for which reimbursement is required Ausgaben für die Erstattung erforderlich ist	State the currency & amount paid Geben Sie die Währung & den bezahlter Betrag an	To whom should we make settlement* Zu wem sollen wir eine Siedlung machen*	Currency of settlement Währung für die Rückzahlung

\* Please ensure that a Bank Details Form has been provided to us.  
\* Bitte stellen Sie sicher, dass Sie uns die Bankverbindung angegeben haben.

**5**

**Patient signature and release  
Unterschrift des Patienten und Freigabe**

I certify that to the best of my knowledge, this claim form does not contain any false, misleading or incomplete information. I understand that in the event that this claim is found to be fraudulent in whole or in part, the policy will be invalidated and I will be liable for prosecution. In respect of any medical claim, I hereby authorise my general practitioner, health professional or other relevant medical establishment to provide any health details or medical records that may be requested by Morgan Price (Europe) ApS, or their appointed representatives.  
Hiermit bestätige ich, dass nach meinem bestem Wissen und Gewissen, dieses Erstattungsantragsformular keine falsche, irreführenden oder unvollständige Information ist. Ich bin mir im Klaren, dass wenn herausgefunden wird, dass mein Antrag teilweise oder im Ganzen betrügerisch war, ich strafrechtlich verfolgt werden kann. In Bezug auf alle medizinischen Ansprüche, gebe ich meinem Arzt, meinem Gesundheitsexperten oder der entsprechenden medizinischen Einrichtung die Erlaubnis meine Krankendaten oder Krankenakten an Morgan Price (Europe) ApS oder an deren ernannten Vertreter weiterzuleiten.

**If a minor was treated, a parent or guardian should sign this section.  
Wenn ein Minderjährige/er behandelt wurde, dann sollte dieser Teil von einem Elternteil oder Vormund unterschrieben werden.**

Patient signature <b>Patientenunterschrift</b>	Date <b>Datum</b>
---	----------------------

-> Punkt 6 soll bitte Ihr Zahnarzt ergänzen und unterzeichnen.

## 6 Dental claims (to be completed by treating dentist) Zahnärztliche Anträge (vom behandelnden Zahnarzt auszufüllen)

Name of dentist Name des Zahnartes	Qualifications/credentials Qualifikationen/Referenzen		
Dental clinic name Name der zahnärztlichen Klinik	Phone Telefon		
Email			
Address Adresse			
Post/Zip code Postleitzahl	Country Land		
Has the patient been attending regular routine check ups? Hat der Patient regelmäßige Routinekontrollen besucht?	Yes Ja	No Nein	
Date that the patient visited you for treatment: Datum, an dem der Patient Sie zur Behandlung aufgesucht hat:			
Reason for the visit: Grund für den Besuch:			
Was the patient suffering dental pain at the time he/she visited you for treatment? Hatte der Patient zu dem Zeitpunkt, als er Sie zur Behandlung besuchte, Zahnschmerzen?	Yes Ja	No Nein	
Is the treatment for a new filling or a replacement filling? Ist die Behandlung für eine neue Füllung oder eine Ersatzfüllung?	Yes Ja	No Nein	
In your opinion, has the patient maintained good dental hygiene? Hat der Patient, Ihrer Meinung nach, gute Mundhygiene praktiziert? If no, please provide details below: Falls nicht, machen Sie unten bitte detaillierte Angaben:	Yes Ja	No Nein	
Date of the patient's last check-up: Datum der letzten Untersuchung des Patienten:			
Reason for check-up: Grund für die medizinische Überprüfung:			
<b>Dentist signature</b> <b>Unterschrift des Zahnarztes</b>	<b>Date</b> <b>Datum</b>		

**This section must either be typed or completed in BLOCK CAPITALS.**  
**Dieser Abschnitt muss entweder in Großbuchstaben eingegeben oder getippt werden.**

-> Punkt 7 soll bitte Ihr Arzt ergänzen und unterzeichnen.

## 7 Medical information (to be completed by treating physician) Medizinische Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name of doctor/specialist Name des Arztes/Spezialisten	Qualifications/credentials Qualifikationen/Referenzen		
License Number Name des Krankenhauses/Klinik	Governing Body Leitungsgremium		
Hospital/clinic name Name des Krankenhauses/Klinik	Phone Telefon		
Email			
Address Adresse			
Post/Zip code Postleitzahl	Country Land		
Indicate type of treatment received Durchgeführte Behandlung angeben	Elective Elektiv	Emergency Notfall	

**7 Medical information (to be completed by treating physician) — continued**  
**Medizinische Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen) — fortgesetzt**

ICD code:

**Please provide full details of the medical condition requiring treatment and the treatment given.**  
**Bitte geben Sie vollständige Einzelheiten der zu behandelnden medizinischen Erkrankung an**

Was this their first visit to you? If yes, were they referred to you? If yes, please provide details of the person referring them.  
Bitte geben Sie vollständige Einzelheiten der zu behandelnden medizinischen Erkrankung an

On what date did the patient first present these symptoms to you?  
Zu welchem Datum hat der Patient Sie zum ersten Mal bezüglich dieser Symptome besucht?

Prior to consulting you, when did the patient first notice signs or symptoms of this medical condition?  
Vor der Konsultation, wann hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt?

Are you aware of any treatment given for this or any related illness in the past? Yes No  
Wissen Sie von anderen Behandlungen für diese oder hiermit zusammenhängende Erkrankungen in der Vergangenheit? Ja Nein

**For out-patient psychiatric treatment, please provide the following details:**  
**Für ambulante ärztliche Behandlung, machen Sie bitte detaillierte Angaben:**

Name of referring physician  
Name des überweisenden Arztes

Phone Date of referral  
Telefon Datum der Überweisung

Doctors signature Date  
Unterschrift des Arztes Datum

**Doctors/Dentist stamp**  
**Arzt/Zahnarztpraxis Stempel**

The confidentiality of patient and member information is of paramount concern to us. Morgan Price (Europe) ApS, their insurers and appointed representatives, and Arma Insurance Company Ltd, fully comply with the European Data Protection Legislation and International Medical Confidentiality Guidelines. You have a right to access the personal data that is held about you. You also have the right to request that we amend or delete any information which you believe is inaccurate or out of date.

Die Vertraulichkeit der Informationen über unsere Patienten und Mitglieder ist unser oberstes Anliegen. Morgan Price Healthcare Ltd und deren Versicherer und ernannten Repräsentanten und Arma Insurance Company Ltd, kommen der Rechtsprechung des Europäischen Datenschutzgesetzes nach und den internationalen Richtlinien zur Bewahrung der Vertraulichkeit von medizinischen Daten. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten, die bei uns gespeichert sind, anzufordern. Sie haben außerdem das Recht zu verlangen, dass wir Informationen abändern oder löschen, von denen Sie glauben sie seien unzutreffend oder überholt.

**Haftungsausschluss**

Es wird keine Gewährleistung und/oder Zusicherung über die Richtigkeit der deutschen Übersetzung gegeben, ob im Einzelnen oder insgesamt, Es wird hier klargestellt, dass die deutsche Version eine Übersetzung des englischen Originals ist, die zur Information dient und Morgan Price International Healthcare schließen jegliche Haftung für Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung aus. Es wird hier klargestellt, dass die Version in englischer Sprache Vorrang haben wird über alle Fragen zu Unrichtigkeiten und Auslegung der Inhalte des Planes/Produktes inklusive, aber nicht nur beschränkt auf die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

## Bank Details

### Bankdaten

We can settle claims in most major world currencies but in a few cases where we cannot settle in your required currency then we will pay you in the same currency as your premiums are paid. Please provide the following details to enable us to make settlement of your claim.

Wir können Forderungen in den meisten wichtigen Weltwährungen begleichen, aber in einigen Fällen, in denen wir nicht in der von Ihnen gewünschten Währung abrechnen können, zahlen wir Ihnen in der gleichen Währung wie Ihre Prämien. Bitte geben Sie die folgenden Daten an, damit wir Ihren Anspruch erfüllen können.

Policyholder name Versicherungsnehmer Name	
Policy number Nummer der Police	
Bank name <b>Bank name</b>	
Bank address Bankadresse	
Account holder name Name des Kontoinhabers	
Account No. Konto Nr.	
Sort code Bankleitzahl	
IBAN No. <b>IBAN-Nr.</b>	
Swift code <b>BIC</b>	
Signature <b>Unterschrift</b>	
Date <b>Datum</b>	

Vorname / Forename  
Name /Surname  
Geburtsdatum / Date of birth  
Anschrift / Address

Mitversicherte Personen /  
Additional insured

## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass die FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Personenversicherern inklusive deren Rückversicherern bzw. verbundenen Gesellschaften, Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -Verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die FinanzSchneiderei GmbH & Co KG Versicherungsmakler übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die bei der FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

## Declaration for the processing of health data and Confidentially release

I authorize FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler – only for the purpose of risk assessment or assessing and settlement of any claims – to share my personal health data with my health insurance provider, insurers and reinsurers or their affiliated companies, doctors, employees of hospitals, other medical facilities, nursing homes, statutory health insurance, professional associations and authorities.

I exempt the named persons and employees of the above-mentioned institutions from their duty of confidentiality, in respect of my admissible stored health data from examinations, consultations, treatments as well as insurance applications and contracts from a period of up to ten years prior to my application to FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler.

In addition, I agree that in this context – only for the purpose of risk assessment or assessing and settlement of any claims - my health data will be passed on to these bodies by FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler and also exempt the persons working for FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler from their duty of confidentiality.

### Erklärung zum Datenschutz

Bevor Sie diese Einwilligung unterschreiben, lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Bestimmungen zum Inhalt dieser Erklärung. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung zur Verwendung, Speicherung und Nutzung der besonderen persönlichen Daten
- Einwilligung über die Datenübermittlung an Vertragspartner (z.B. Versicherer)
- Einwilligung zur Auftragsabwicklung via unverschlüsselter E-Mail Kommunikation

Mit der Verwendung, Speicherung und Nutzung der besonderen persönlichen Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten und Ihres Finanzstatus, im Rahmen dieser Datenschutzvereinbarung, erklären Sie ihre Einwilligung, die Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

*Ort und Datum*

*Unterschrift Mandant und mitversicherter Personen  
Signature Client and additional insured persons*

## Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Vor-, Nachname des Patienten \_\_\_\_\_

Name des Hauptversicherten wenn abweichend \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

*gegenüber*

MEDIGO GmbH  
Torstraße 124  
10119 Berlin

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Medigo GmbH, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Ferner benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, in einzelnen Fällen und nur wenn absolut erforderlich an medizinische Institutionen weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Durchführung der Vermittlungstätigkeit bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung nicht ab, wird die Durchführung in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Vermittlungsauftrags unentbehrlich sind. Bitte kontaktieren Sie uns hierfür postalisch oder per email unter [dataprotection@medigo.com](mailto:dataprotection@medigo.com). Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten.

### **Zweck der Datenverarbeitung**

Zweck der Datenverarbeitung ist die Schadensregulierung. Hierfür werden eingegangene Erstattungsanträgen von Versicherungsnehmern überprüft und hinsichtlich ihrer Rechtmäßigkeit bewertet.

### **Erhebung, Speicherung und Nutzung der übermittelten Gesundheitsdaten durch die Medigo GmbH**

Ich verstehe, dass Medigo GmbH ("Medigo") von meiner Krankenversicherungsgesellschaft, Morgan Price International Healthcare Ltd. ("Morgan Price") beauftragt wurde, meine Erstattungsanträge ("den Zweck") zu bearbeiten.

✓ Ich willige ein, dass Medigo die folgenden persönlichen Daten zur Erbringung des Zwecks, für welchen Sie von Morgan Price beauftragt wurde, über mich erhebt, speichert und verwendet:

- meinen Namen und meine Kontaktangaben;
- die Einzelheiten meiner Versicherungspolice;
- Medizinische Angaben/ Gesundheitsinformationen, wie Aufnahme- und Entlassungsberichte, Operationsberichte, und Zusammenfassungen der Behandlungen

✓ Ich willige ein, dass meine medizinischen Angaben/Gesundheitsinformationen (bspw. Aufnahme- und Entlassungsberichte, Operationsberichte und Zusammenfassungen der Behandlungen) und meine persönlichen Daten von jedem Gesundheitsdienstleister, der für die vorliegende Erstattungsanfrage relevant ist oder sein wird, mit Medigo zur Erbringung des Zwecks, wofür Sie von Morgan Price beauftragt wurde, geteilt werden dürfen.

✓ Mir ist bekannt, dass Medigo bestrebt ist, als Drittverwalter die höchste Servicequalität zu bieten und die Telefongespräche aufzeichnen kann, um die Interessen des Patienten zu schützen. Ich stimme hiermit der Aufzeichnung und Überwachung von Telefongesprächen zu.

✓ Ich willige ein, dass Medigo meine vertraulichen persönlichen Informationen folgenden Instanzen mitteilen muss: Versicherungsgesellschaften, Kollektiven, Mitarbeitern oder Leistungsplanverwaltern und sonstigen in die Verwaltung meiner Versicherungspolice und/oder -ansprüche involvierten Organisationen.

✓ Ich willige ein, dass die Medigo GmbH meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Medigo GmbH dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Medigo GmbH und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

□ Ich willige ein, dass die Medigo GmbH meine Gesundheitsdaten auf Anfrage an folgende Person übermittelt:

Vor-, Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung(en) kann ich jederzeit gegenüber der Medigo GmbH postalisch oder per E-Mail ([dataprotection@medigo.com](mailto:dataprotection@medigo.com)) widerrufen. Durch einen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund einer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

---

**Ort, Datum & Unterschrift**