

Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte an folgende Anschrift:

IKK Brandenburg und Berlin
Versorgungsmanagement
Keithstraße 9/11
10787 Berlin

oder per E-Mail an: gesundheits-mm@ikkbb.de

Widerspruch zur Nutzung meiner Versichertendaten nach § 25b SGB V

Persönliche Angaben		
Name 	Vorname 	Versichertennummer
Straße 	Hausnummer 	Geburtsdatum
Postleitzahl 	Ort 	

Widerspruchserklärung:

Ich widerspreche der Verarbeitung meiner bei der IKK BB vorliegenden personenbezogenen Daten im Sinne des § 25b SGB V.

Datum: _____ Unterschrift: _____