

Schaden Aktenzahl: _____

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Ich, _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

ermächte hiermit die AWP P&C S.A., Pottendorfer Straße 23-25, 1120 Wien,

von der/den Anstalt/en bzw. dem Arzt (samt Anschrift!): _____

Kopien bzw. Abschriften von Krankheitsgeschichten, Befunden oder sonstigen ärztlichen Berichten betreffend meiner Krankheit vom: _____

bzw.

meinem stationären Aufenthalt vom: _____

bzw.

meinem Unfall vom: _____

zum Zwecke der Prüfung des Versicherungsfalls und der Schadenbearbeitung zu beschaffen.

Ich entbinde daher ausdrücklich im Rahmen dieser Ermächtigung den/die behandelnden Ärzte oder für die Ausfolgung der Berichte verantwortliche Personen von der Verschwiegenheitspflicht und erkläre mein Einverständnis mit der Weitergabe der in den Unterlagen enthaltenen Daten an die oben erwähnte Versicherungsgesellschaft.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass in diesem Fall, sowie bei von vornherein verweigerter Einwilligung die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Ist die Prüfung des Schadenfalls bereits abgeschlossen, können z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.

Das Formular bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet übermitteln an:

AWP P&C S.A. - Leistungsabteilung:

Fax: +43-1/525 03-890 oder

per email an: schaden@allianz-assistance.at

How can we help?