

SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNG



AWP P&C S.A., Niederlassung für Österreich
Hietzinger Kai 101 - 105, A-1130 Wien
Telefon: +43 1 525 03 6822
E-Mail: claims.at@allianz.com; www.allianz-travel.at

ALLGEMEINES

Schaden Aktenzahl

Ich, _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

ermächte hiermit die AWP P&C S.A., Hietzinger Kai 101 - 105, 1130 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: _____
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

Das Formular bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet übermitteln an:
AWP P&C S.A. - Leistungsabteilung, claims.at@allianz.com

Datenschutzhinweis:

Gesundheitsdaten gehören einer besonderen Kategorie personenbezogener Daten an. Indem Sie uns anlässlich eines konkreten Versicherungsfalls solche Daten verbunden mit der Bitte um Prüfung und Schadenbearbeitung mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann 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.