EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DRITTER

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

Ich NAME EINGEBEN, geboren am: T T / M M / J J J J

autorisierte Allianz Care mit meiner unten angegebenen Unterschrift, persönliche und medizinische Daten, die mit der Verwaltung meiner Versicherung (Versicherungsnummer:) in Verbindung stehen, an die nachfolgend autorisierte Person weiter zu geben um diese mit dieser zu besprechen.

Vollständiger Name

Adresse

E-Mail Adresse

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Geburtsdatum (falls natürliche Person) T T / M M / J J J J

Beziehung zur versicherten Person

Bitte beachten Sie, dass für jede Person im Alter von 18 Jahren oder älter, die im Rahmen dieser Police versichert ist, eine separate Einverständniserklärung ausgefüllt werden muss, in welcher der Offenlegung von persönlichen und medizinischen Daten an Dritte im Zusammenhang mit der Verwaltung der Versicherung zugestimmt wird. Für Personen unter 18 Jahren, die im Rahmen der Police mitversichert sind, bitten wir Sie um Ihre Genehmigung als Elternteil / gesetzlicher Vertreter, um Informationen an Dritte weiter geben zu können.

Wenn Sie der Veröffentlichung von Behandlungsunterlagen und Krankenakten von Personen unter 18 Jahren, die im Rahmen Ihrer Police mitversichert sind, zustimmen, geben Sie bitte unten deren Namen und Geburtsdatum an:

Vollständiger Name

Geburtsdatum T T / M M / J J J J

Vollständiger Name

Geburtsdatum T T / M M / J J J J

Vollständiger Name

Geburtsdatum T T / M M / J J J J

Die Einwilligungserklärung ist mit sofortiger Wirkung gültig und bleibt in Kraft, es sei denn Sie widerrufen diese Erklärung schriftlich gegenüber Allianz Care oder das Versicherungsverhältnis endet (der Widerruf wird gültig mit dem jeweils zuerst eintretenden Ereignis).

Unterschrift des Versicherten

Datum T T / M M / J J J J

FRM-Consent-DE-0518

Bitte senden die das ausgefüllte Formular an: **client.services@allianzworldwidecare.com**
Falls Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit gerne an unsere Helpline wenden: **+ 353 1 630 1302**

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

Allianz Care