



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Rücksendung per Fax oder eingescannt per Email an: leistung@lla-group.com oder Fax **+423 265 34 41**

Angaben zur versicherten Person

Frau Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefonnr.

E-mail

Leistungssache / Versicherungs-Nr.:

Name und Anschrift der Krankenkasse:

Mitgliedsnummer:

Ich entbinde hiermit alle die versicherte Person behandelnden Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken und gesetzlichen Krankenkassen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht sowie Behörden, Sozialversicherungen und Berufsgenossenschaften von ihrer Schweigepflicht und ermächtige die

Liechtenstein Life Assurance AG, Industriering 37, LI-9491 Ruggell

sachdienliche Auskünfte über die versicherte Person einzuholen. Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass der Liechtenstein Life Assurance AG Behandlungszeiträume, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Diagnosen, Therapien, Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser sowie Ergebnisse von Untersuchungen und Gutachten bekanntgegeben werden. Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und jederzeit widerrufen werden kann.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift