

Rücksendung per Fax oder  
eingescannt per Email an:  
[leistung@lla-group.com](mailto:leistung@lla-group.com)  
oder Fax +423 265 34 41

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift