

Ermächtigungsformular Schadenabwicklung

Der Unterzeichnende/Die Unterzeichnende ermächtigt die Sanagate AG, Daten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben, zu bearbeiten und im erforderlichen Umfang an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zu übermitteln.

Die unterzeichnete Person ermächtigt mit ihrer Unterschrift die behandelnden Ärzte, Spitäler, Amtsstellen, Sozial- und andere Versicherungen der Sanagate AG bzw. deren medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenereignis und der Schadenabwicklung erforderlichen Auskünfte und Einsicht in die Akten zu erteilen. Zudem wird die Sanagate AG ermächtigt, Entscheide und Rekurse zu überprüfen und allenfalls anzufechten. Sie entbindet zu diesem Zwecke diese Personen ausdrücklich von der Geheimhaltungspflicht.

Die unterzeichnete Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen.

1 Die versicherte Person/Vollmachtgeber

Kundennummer Sanagate

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Zusatzadresse

Postfach

PLZ/Ort

Ort

Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebenden