

AXA Assistance Germany
Garmischer Straße 10
D-80339 Munich

From	Nadine Soehnert	To	
	AXA Assistance Germany		
Phone	+49 (89) 500 70 - 270	Phone	01632356088
Fax	+49 (89) 500 70 - 394	Fax	
US Fax	312-935-3748		
Email	medical@axa-assistance.de	Email	
Date	23-Sep-2016	Pages	
Our Ref	DEA196887 Frau Luise	Your Ref	

Release of Information

Please resend the signed Release of Information back to AXA Assistance. Thank you.

PATIENT: Frau Luise Effner DOB: 13-Mrz-1997
 NATIONALITY: GER SEX: F

Ich, der Unterzeichnende, befreie hiermit alle mich behandelnden Ärzte und/oder andere paramedizinische Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht, um meiner Versicherung und/oder der von ihr beauftragten Assistance-Gesellschaft die Möglichkeit zu geben, medizinische Informationen über meine Situation inkl. Vererkennung, Behandlung und/oder Rücktransportmöglichkeiten einzuholen, um Deckungszusagen für meinen Versicherungsfall zu prüfen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherung bzw. die Assistance, meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter/beauftragte Ärzte übermitteln kann, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die jeweilige Versicherung und die notwendigen Leistungserbringer zurückübermittelt werden können. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten erbinde ich die für die Versicherung bzw. die Assistance tätigen Personen und die medizinischen Gutachter/Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige außerdem ein, dass die von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung zur Leistungsprüfung und zur Leistungserbringung, insbesondere zur Weiterleitung an die von mir gewünschte Dienstleister, verwendet werden dürfen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich, sofern ich die Schweigepflichtentbindung nicht unterzeichne und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Versicherung/Assistance nicht einwillinge, die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann und dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

I, the undersigned, declare that I absolve all physicians and/or any medical facility from the liability to observe professional confidentiality with regard to my person in order to provide information about my medical condition and/or treatment, including any pre-existing medical conditions, with the result that my insurance company and/or its assistance service provider may assess coverage and/or determine the necessary requirements for possible repatriation.