

Herrn

Servicecenter PV  
Obere Donaustrasse 49-53  
1020 Wien

SCHADENNUMMER

Zuständiger Sachbearbeiter

2010

IN VERTRETUNG

Ereignis vom  
Unfall

Sehr geehrter Herr

Wir wurden über den Eintritt eines Unfalles informiert und bearbeiten diesen unter der oben angeführten Schadennummer.

In diesem Schadenfall ist zur Beschaffung der Krankengeschichte Ihre Vollmacht notwendig. Bitte senden Sie die beiliegende Einsichtsermächtigung ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen,

VIENNA INSURANCE GROUP Wiener Städtische Versicherung AG

p.s. Besuchen Sie uns auch auf unserer Homepage [www.staedtische.at](http://www.staedtische.at)

Anspruchsteller: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

Geburtsdatum: [REDACTED]

Schadenummer: [REDACTED]

Polizzenummer: [REDACTED]

Ich war bei folgenden Ärzten bzw. Krankenanstalten in Behandlung:

Name und Anschrift des Arztes / der Krankenanstalt	stationäre Behandlung		ambulante Behandlung	
	vom	bis	vom	bis

Erklärung:

Die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group wird ermächtigt, von sämtlichen Ärzten, die mich in der zurückliegenden Zeit behandelt haben, künftig noch behandeln oder untersuchen werden, Auskünfte einzuholen sowie Abschriften oder Fotokopien von sämtlichen mich betreffenden medizinischen Unterlagen herstellen zu lassen bzw. in Empfang zu nehmen.

Die Ärzte, denen diese Erklärung vorgelegt wird, werden ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Ich bin auch mit der Herausgabe der Laborbefunde inklusive Blutbefunde einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift