

.....
Name des Versicherten

.....
Sozialversicherungsnummer

.....
Straße

.....
PLZ

.....
Wohnort

Zustimmungserklärung

Hiermit erteile ich meine ausdrückliche Zustimmung, dass die Österreichische Gesundheitskasse ab dortigem Zugang dieser Erklärung alle Daten, betreffend der ab diesem Zeitpunkt an mich geleisteten Kostenerstattungen an die

Versicherungsbüro Dr. Winsauer GmbH
Arlbergstraße 103
6900 Bregenz

auf deren Anforderung hin übermitteln darf.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich über den hier vorgesehenen Zweck der Datenübermittlung hinreichend informiert wurde.
Diese Erklärung gilt nicht für andere Datenübermittlungen.

Ich bin darüber informiert worden, dass diese Zustimmungserklärung nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes **jederzeit von mir widerrufen** werden kann. Ein Widerruf bewirkt die sofortige Einstellung aller Datenübermittlungen an vorgenannte Stelle.

.....
Ort, Datum

.....
Vorname, Familienname