

Herr/Frau

Nachname und Vorname

Straße

PLZ und Ort

Sozialversicherungsnummer

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

(dient zur Vorlage an die BVAEB Landesstelle für Vorarlberg)

Ich erkläre bis auf Widerruf meine ausdrückliche Zustimmung, dass von der Österreichischen Gesundheitskasse alle Daten betreffend sämtliche von dieser an mich ab Zugang dieser Zustimmungserklärung geleistete Kostenerstattungen an die



Walser & Partner Versicherungsmakler GmbH
Schillerstraße 4 · A-6800 Feldkirch
Tel.: +43 (0) 5522 79259
Fax: +43 (0) 5522 31737
www.walser-versichert.com
zentrale@walser-versichert.com

auf dessen Anforderung hin übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift