

Моля, попълнете го напълно и го изпратете обратно на:
Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
97070 Würzburg

Germany

Номер на досие: (Schadennummer)	<input type="text"/>
Застраховано лице: (versicherte Person)	<input type="text"/>
Дата на раждане: (Geburtsdatum)	<input type="text"/>

Освобождаване от задължението да се пази тайна при проверка на задължението за престация

При преценката на задължението за престация може да се наложи да проверим данните, които Вие давате, когато обосновавате претенции или които се съдържат в подадени документи (напр. сметки, наредби, експертизи) или съобщения, например на болница или на лекар. Този контрол, при който се вземат под внимание данни за здравословното състояние, се извършва само, ако е налице повод за това (напр. въпроси по диагнозата, хода на лечението или на разчета).

Моля в тази връзка да посочите коя от следните две възможности предпочитате, като я отбележите с кръстче:

☐ С цел проверка на задължението за престация аз освобождавам от задължението да пазят тайна лекари, болногледачи, служители на болници, други лечебни заведения, домове за инвалиди, застрахователи срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост, законни здравни каси, както и професионални кооперации и ведомства, които са споменати в представените документи или които са участвали в лечението. Вюрцбургер Ферзихерунгс-АГ ще ме информира за събирането на данни по горните параграфи и ще ми даде напътствия, че мога да направя възражение срещу събирането. Декларацията за проверка на задължението за престация е валидна и след моята смърт.

☐ Аз не бих искал да подавам горната декларация. С тази декларация аз освобождавам от задължението да пазят тайна изключително следните институции респ. лица:

Решението за тази алтернатива може да доведе до забавяне на проверката на престацията, намаляването на престацията или дори до освобождаване на застрахователя от престация, ако въз основа на останалите източници на информация задължението за престация не може да се обоснове или се обосновава само частично.

Използване на данни за проверка на престацията

Аз съм съгласен Вюрцбургер Ферзихерунгс-АГ да използва за проверка на престацията данните, които се съдържат в горните декларации за освобождаване от задължението да се пази тайна или посочените или предадените от мен данни за здравословното състояние. Трябва да се спазват принципите на пестеливост при събирането на лични данни и на предотвратяване на злоупотребата с тях.

На моя посредник да се предоставят данни за здравословното състояние, само доколкото, доколкото за това има конкретен повод в рамките на оформянето на договора със здравното осигуряване или застраховка „Злополука“. С настоящето освобождавам също застрахователя от задължението да пазят тайна, доколкото предаването на данните за здравословното състояние е наложително за споменатите цели на употреба.

Швейгепфlichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

☐ Zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Würzburger Versicherungs-AG wird mich von einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

☐ Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich befreie mit dieser Erklärung ausschließlich folgende Einrichtungen bzw. Personen von ihrer Schweigepflicht:

Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Датенверwendung zur Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung durch die Würzburger Versicherungs-AG. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten. An meinen Vermittler dürfen Gesundheitsdaten nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

(Подпис, дата)

(Unterschrift, Datum)