

Please fill out completely and return to:
Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
97070 Würzburg

Germany

Claim number: (Schadennummer)	<input type="text"/>
Insured person: (versicherte Person)	<input type="text"/>
Date of birth: (Geburtsdatum)	<input type="text"/>

Release from the duty of confidentiality in the interests of claim verification

The assessment of this claim can necessitate that we check the information/details you provide to justify claims or which arise from your submitted documents (e.g. invoices, prescriptions, expert reports, etc.) or from statements/notes, for example from a hospital or doctor. We only conduct such checks, with health-related data included, where there are grounds for doing so (e.g. queries relating to the diagnosis, the course of treatment or the settlement of account).

Please decide on one of the two following options in this connection by placing a tick correspondingly:

☐ For the purposes of claim verification I herewith release doctors, care providers, employees of hospitals/clinics, other hospital facilities, care homes, personal insurers, statutory health insurance providers, and of trade associations and public authorities who are named in the submitted documents or who participated in the remedial treatment, from their duty of confidentiality. Würzburger Versicherungs-AG shall notify me of any such check and draw my attention to the fact that I am entitled to object to such check.
This declaration on claim verification shall continue to apply beyond my demise.

☐ I do not wish to make the above statement. By way of this declaration I herewith release only the following institutions and/or persons from their duty of confidentiality:

A decision in favour of this option can lead to delays in the claim verification process, or to benefit cuts or even to the release of the insurer from claim liability if the remaining sources of information do not or only partially provide substantiation of the claim in question.

Use of data for the purposes of claim verification

I herewith consent that the health-related data gathered as result of the above statements on release from the duty of confidentiality or provided by myself may be used by Würzburger Versicherungs-AG in the interests of claim verification. The principles of data reduction and data economy are to be observed and complied with in this connection.

Health-related data may only be passed on to my insurance broker if there is specific good reason for doing so within the framework of the drafting of health or accident insurance policies. To the extent that such forwarding of health data is necessary for the aforementioned purpose, I herewith release the insurer too from the duty of confidentiality.

(Signature, Date)

Schweigepflichtentbindung 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.

Datenverwendung 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.

(Unterschrift, Datum)