

Ispunite ga u potpunosti i pošaljite natrag na:
Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

WÜRZBURGER DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
97070 Würzburg

Germany

Broj štete: (Schadennummer)	
Osigurana osoba: (versicherte Person)	
Datum rođenja: (Geburtsdatum)	

Oslobađanje od obveze povjerljivosti radi provjere obveze pružanja pogodnosti

Za procjenu obveze isplate osigurnine može biti potrebna naša provjera podataka koje navodite kao razlog za zahtjeve ili koji proizlaze iz podnijete dokumentacije (npr. računi, uputnice, nalazi) ili obavijesti na primjer neke bolnice ili liječnika. Ta se provjera u vezi s podacima o zdravstvenom stanju provodi samo ako za nju postoji razlog (npr. pitanja o dijagnozi, tijeku terapije ili likvidacije).
Molimo da navedete svoju odluku s tim u vezi tako da označite jednu od dvije sljedećih mogućnosti:

☐ U svrhu provjere obveze isplate osigurnine oslobađam njihove obveze čuvanja profesionalne tajne liječnike, osobe zadužene za njegu, osoblje bolnice, ostale bolničke ustanove, ustanove za njegu, osiguravatelje za osobno osiguranje, zakonska zdravstvena osiguranja, kao i profesionalne osiguravajuće organizacije i tijela koja su navedena u podnijetoj dokumentaciji ili sudjeluju u liječenju. Društvo Würzburger Versicherungs-AG obavijestit će me o ispitivanju prema naprijed navedenim odredbama i savjetovati da se mogu protiviti navedenom ispitivanju.
Ova izjava o provjeri obveze isplate osigurnine vrijedi također i nakon moje smrti.

☐ Ne želim dati ovu izjavu. Ovom izjavom oslobađam isključivo sljedeće institucije odnosno osobe od njihove obveze čuvanja profesionalne tajne:

Odluka za ovu alternativu može dovesti do usporavanja provjere obveze isplate osigurnine, smanjenja obveze ili čak do oslobođenja od obveze osiguravatelja, ako se na osnovu preostalih izvora informacija obveza isplate osigurnine ne može opravdati ili se može opravdati samo djelomično.

Korištenje podataka

Ja pristajem na korištenje naprijed navedenih izjava o obvezi čuvanja profesionalne tajne prikupljenih ili od mene danih ili priopćenih podataka o zdravstvenom stanju za provjeru isplate osigurnine od strane društva Würzburger Versicherungs-AG. Potrebno je poštivati načela o prikupljanju samo bitnih podataka i sprječavanju prikupljanja podataka koji nisu nužni. Mojem agentu smiju se dati podaci o zdravstvenom stanju samo u mjeri u kojoj u okviru ugovora kod osiguranja od bolesti ili nezgode postoji konkretan povod. Ako je potrebno prosljeđivanje podataka o zdravstvenom stanju u okviru navedenih svrha, ovime oslobađam također osiguravatelja od obveze čuvanja profesionalne tajne.

(Potpis, datum)

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)