

Wypełnij go w całości i odeślij na adres:
Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

WÜRZBURGER DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
97070 Würzburg

Germany

Numer szkody: (Schadennummer)	
Osoba ubezpieczona: (versicherte Person)	
Data urodzenia: (Geburtsdatum)	

Uchylenie obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej na potrzeby kontroli obowiązku świadczeń

W celu analizy obowiązku świadczeń może być konieczne sprawdzenie danych, które podają Państwo w uzasadnieniu roszczeń lub które wynikają z dostarczonych dokumentów (np. rachunki, rozporządzenia, ekspertyzy), bądź informacji pochodzących np. ze szpitala lub od lekarza. Kontrola obejmująca informacje o stanie zdrowia ma miejsce, tylko jeśli istnieje uzasadniony powód (np. pytania dotyczące diagnozy, procesu leczenia lub likwidacji).

W związku z tym prosimy o wybranie jednej z poniższych możliwości przez zakreślenie odpowiedniego pola:

☐ W celu przeprowadzenia kontroli obowiązku świadczeń zwalniam z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lekarzy, personel pielęgnacyjny, pracowników szpitali; inne placówki lecznicze, domy opieki, ubezpieczycieli osób, kasy chorych oraz branżowe organizacje przedsiębiorstw i urzędy, które są wymienione w przedłożonej dokumentacji lub były zaangażowane w proces leczenia. Towarzystwo Würzburger Versicherungs-AG poinformuje mnie o pozyskaniu danych zgodnie z powyższymi punktami i o moim prawie do sprzeciwu.
Niniejsze oświadczenie mające na celu kontrolę obowiązku świadczeń obowiązuje również po mojej śmierci.

☐ Nie chcę składać powyższego oświadczenia. Na mocy niniejszego oświadczenia zwalniam z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej wyłącznie poniższe instytucje lub osoby:

Wybór tej alternatywy może prowadzić do opóźnienia kontroli, zmniejszenia świadczenia lub nawet do braku wypłaty świadczeń przez ubezpieczyciela, jeśli na podstawie dostępnych źródeł informacji nie można uzasadnić obowiązku świadczenia lub uzasadnienie takie jest tylko częściowe.

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.

Wykorzystanie danych w celu kontroli obowiązku świadczenia

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych o stanie zdrowia pozyskanych na podstawie powyższych oświadczeń zwalnających z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej, podanych lub przekazanych przeze mnie w celu przeprowadzenia kontroli obowiązku świadczeń przez towarzystwo Würzburger Versicherungs-AG. Należy przestrzegać zasad ekonomiczności i redukcji danych, określonych w ustawie o ochronie danych.

Mojemu pośrednikowi wolno udostępnić dane o stanie zdrowia tylko w przypadku wystąpienia konkretnego powodu w ramach zapisów w umowie ubezpieczenia od choroby lub wypadku. O ile wymienione cele wymagają przekazania tych danych, zwalniam niniejszym również ubezpieczyciela z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej.

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.

(Podpis, Data)

(Unterschrift, Datum)