

Vă rugăm să îl completați complet și să îl trimiteți înapoi la:
Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

WÜRZBURGER DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
97070 Würzburg

Germany

Număr daună:
(Schadennummer)

Persoană asigurată:
(versicherte Person)

Data nașterii:
(Geburtsdatum)

Eliberare de obligația privind confidențialitatea, în scopul verificării obligației de efectuare a prestațiilor

Pentru evaluarea obligației de efectuare a prestațiilor poate fi necesară verificarea de către noi a informațiilor oferite de dumneavoastră pentru justificarea cererilor sau care rezultă din documentele prezentate (de ex. facturi, rețete, expertize) sau din rapoartele emise de exemplu de către spital sau de către un medic. Această verificare, care are loc cu luarea în considerare a datelor privitoare la sănătate, se efectuează numai în măsura în care există o motivație în acest sens (de ex. nelămuriri privitoare la diagnostic, procedura de tratament sau lichidare). În acest sens vă rugăm să alegeți una dintre cele două posibilități de mai jos, prin bifarea căsuței corespunzătoare:

☐ În scopul verificării obligației de efectuare a prestațiilor eliberez de obligațiile privind confidențialitatea medicii, personalul de îngrijire, angajații spitalelor, ai altor instituții medicale, cămine de îngrijire, instituții de asigurare a persoanelor, case de asigurări medicale, precum și pe cei ai asociațiilor profesionale și ai autorităților menționate în documentele prezentate sau care au fost implicate în procesul de tratament. Înainte de o colectare de date în conformitate cu cele de mai sus, societatea Würzburger Versicherungs-AG mă va informa asupra procedurii și îmi va aduce la cunoștință faptul că pot refuza colectarea de date. Valabilitatea prezentei declarații privind verificarea obligației de efectuare a prestațiilor se extinde și după decesul meu.

☐ Nu doresc să dau declarația de mai sus. Prin prezenta declarație eliberez de obligația privind confidențialitatea exclusiv următoarele instituții, respectiv persoane:

Alegerea acestei alternative poate duce la întârzieri privind verificarea prestațiilor, reducerea plăților sau chiar la eliberarea asiguratorului de obligația de plată, în cazul în care în baza restului de informații disponibile obligația de efectuare a prestațiilor nu poate fi justificată sau poate fi justificată doar parțial.

Utilizarea datelor în scopul verificării obligației de efectuare a prestațiilor

Mă declar de acord cu utilizarea de către Würzburger Versicherungs-AG, în scopul verificării obligației de efectuare a prestațiilor, a informațiilor privitoare la starea mea de sănătate, colectate în urma declarațiilor de mai sus privitoare la eliberarea obligației de păstrare a confidențialității, sau puse la dispoziție de către mine. Se va avea în vedere respectarea principiului privitor la colectarea exclusiv a datelor necesare pentru verificarea dorită. Datele privitoare la starea mea de sănătate pot fi transmise către intermediari numai în măsura în care acest lucru este justificat în mod concret de prevederile contractuale stabilite la încheierea asigurării de sănătate sau de accidente. În măsura în care transmiterea datelor privitoare la starea de sănătate este necesară pentru scopurile menționate mai sus, eliberez prin prezenta și asiguratorul de obligația privind confidențialitatea.

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.

(Semnătura, Data)

(Unterschrift, Datum)