

Пожалуйста, заполните полностью и направьте по адресу:
Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
97070 Würzburg

Germany

Номер убытка: (Schadensnummer)	<input type="text"/>
Застрахованное лицо: (versicherte Person)	<input type="text"/>
Дата рождения: (Geburtsdatum)	<input type="text"/>

Освобождение от врачебной тайны для проверки обязанности по выплате страхового возмещения

Для оценки нашей обязанности по выплате страхового возмещения может оказаться необходимым проверить сведения, которые Вы предоставили в обоснование требований, а также сведения, содержащиеся в представленных Вами документах (например, счета, назначения, экспертные заключения) либо в сообщениях, например, из больницы или от врача. Такая проверка, включая обработку данных о состоянии здоровья, осуществляется только при наличии соответствующих оснований (например, вопросы, касающиеся диагноза, хода лечения или расчёта расходов). Просим Вас в связи с этим выбрать один из двух нижеперечисленных вариантов, отметив его соответствующим знаком.

☐ В целях проверки обязанности по выплате страхового возмещения я настоящим освобождаю от обязанности соблюдения врачебной тайны врачей, медицинский персонал, сотрудников больниц/клиник, иных лечебных учреждений, домов престарелых, персональных страховщиков, государственных больничных касс, а также представителей профессиональных объединений и государственных органов, которые указаны в представленных документах либо принимали участие в проведении лечения. Страховая компания Würzburger Versicherungs-AG уведомит меня о проведении такой проверки в соответствии с вышеуказанными положениями и укажет на моё право возразить против такой проверки. Настоящее заявление о проверке обязанности по выплате страхового возмещения сохраняет свою силу и после моей смерти.

☐ Я не желаю давать вышеуказанное заявление. Настоящим заявлением я освобождаю от обязанности соблюдения тайны исключительно следующие учреждения и/или лиц:

Принятие решения в пользу данной альтернативы может привести к задержке процесса проверки страхового возмещения, сокращению выплат либо даже к освобождению страховщика от обязанности по выплате, если на основании оставшихся источников информации обязанность по выплате страхового возмещения не может быть подтверждена либо может быть подтверждена лишь частично.

Использование данных для проверки обязанности по выплате страхового возмещения

Я даю согласие на использование страховой компанией Würzburger Versicherungs-AG в целях проверки страхового возмещения моих данных о состоянии здоровья, полученных в результате вышеуказанных заявлений об освобождении от обязанности соблюдать тайну либо предоставленных мною самостоятельно. При этом должны соблюдаться и применяться принципы минимизации и экономного использования данных. Передача данных о состоянии здоровья моему страховому посреднику допускается только в том случае, если в рамках заключения договора медицинского или страхования от несчастных случаев для этого существует конкретное основание. В той мере, в какой такая передача данных о состоянии здоровья необходима для вышеуказанных целей, я настоящим также освобождаю страховщика от обязанности соблюдать тайну.

Швейцарская обязательная проверка для проверки обязанности по выплате страхового возмещения

Зур 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.

Данные использования для проверки обязанности по выплате страхового возмещения

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.

(Подпись, дата)

(Unterschrift, Datum)