

**Molimo vas da u potpunosti popunite i pošaljete na sledeću adresu:**

Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

**WÜRZBURGER** DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG  
Bahnhofstr. 11  
97070 Würzburg

Germany

Broj štete: (Schadennummer)	<input type="text"/>
Osigurano lice: (versicherte Person)	<input type="text"/>
Datum rođenja: (Geburtsdatum)	<input type="text"/>

**Oslobađanje od obaveze čuvanja poverljivosti radi provere obaveze osiguranja**

Za ocenu obaveze isplate osiguranja može biti neophodno da proverimo podatke koje ste naveli radi obrazloženja zahteva, kao i podatke sadržane u dostavljenim dokumentima (npr. računi, uputi, veštačenja) ili u obaveštenjima, na primer bolnice ili lekara. Ova provera, uključujući obradu podataka o zdravlju, sprovodi se samo ukoliko za to postoji osnov (npr. pitanja u vezi sa dijagnozom, tokom lečenja ili obračunom troškova). Molimo vas da u tom smislu označavanjem izaberete jednu od dve sledeće mogućnosti:

☐ U svrhu provere obaveze isplate osiguranja ovim oslobađam od obaveze čuvanja poverljivosti lekare, medicinsko osoblje, zaposlene u bolnicama, drugim zdravstvenim ustanovama, domovima za negu, osiguravače ličnog osiguranja, državne zdravstvene fondove, kao i predstavnike strukovnih udruženja i državnih organa, koji su navedeni u dostavljenim dokumentima ili su učestvovali u lečenju. Würzburger Versicherungs-AG će me obavestiti o prikupljanju podataka u skladu sa gore navedenim odredbama i ukazati mi na moje pravo da se tom prikupljanju usprotivim. Ova izjava o proveri obaveze isplate osiguranja važi i nakon moje smrti.

☐ Ne želim da dam gore navedenu izjavu. Ovom izjavom oslobađam od obaveze čuvanja poverljivosti isključivo sledeće ustanove i/ili osobe:

Odluka u korist ove alternative može dovesti do odlaganja postupka provere isplate osiguranja, umanjenja isplate ili čak do oslobađanja osiguravača od obaveze isplate, ukoliko se na osnovu preostalih izvora informacija obaveza isplate osiguranja ne može u potpunosti ili se može samo delimično potvrditi.

**Korišćenje podataka za proveru obaveze isplate osiguranja**

Pristajem na korišćenje zdravstvenih podataka obuhvaćenih prethodnim izjavama o oslobađanju od obaveze čuvanja poverljivosti, kao i podataka koje sam ja naveo ili dostavio, u svrhu provere obaveze isplate osiguranja od strane kompanije Würzburger Versicherungs-AG. Pri tome se moraju poštovati načela minimizacije podataka i izbegavanja nepotrebnog prikupljanja podataka. Mome posredniku zdravstveni podaci mogu biti prosleđeni samo ukoliko za to postoji konkretan razlog u okviru zaključenja ugovora o zdravstvenom ili osiguranju od nezgode. U meri u kojoj je prosleđivanje zdravstvenih podataka neophodno u okviru navedenih svrha korišćenja, ovim takođe oslobađam osiguravača obaveze čuvanja poverljivosti.

**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.

(Potpis, datum)

(Unterschrift, Datum)