

**Vyplňte ho úplne a pošlite späť na adresu:**  
Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

**WÜRZBURGER** DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG  
Bahnhofstr. 11  
97070 Würzburg

Germany

Číslo škody: (Schadennummer)	<input type="text"/>
Poistená osoba: (versicherte Person)	<input type="text"/>
Dátum narodenia: (Geburtsdatum)	<input type="text"/>

#### Závazok povinnosti mlčanlivosti pre overovanie povinnosti plnenia

Na posúdenie povinnosti plnenia môže byť potrebné, že budeme overovať údaje, ktoré predložíte na zdôvodnenie nárokov alebo ktoré vyplývajú z predložených podkladov (napr. vyúčtovaní, predpisov, znaleckých posudkov) alebo správ napríklad nemocnice alebo lekára. Toto overovanie týkajúce sa údajov o zdravotnom stave sa uskutoční iba vtedy, pokiaľ k tomu vznikne podnet (napr. otázky ohľadne diagnózy, priebehu liečby alebo likvidácie).

Prosím, rozhodnite sa v tejto súvislosti prostredníctvom zaškrtnutia jednej z dvoch nasledujúcich možností:

☐ Za účelom overenia povinnosti plnenia oslobodzujem od povinnosti mlčanlivosti lekárov, ošetrovateľov, zamestnancov nemocníc, ostatných nemocničných zariadení, ústavov sociálnej starostlivosti, poisťovateľov osôb, zákonné zdravotné poisťovne, ako aj profesné združenia a úrady, ktoré sú menované v predložených podkladoch alebo ktoré sa zúčastnili na liečebnej starostlivosti. Poistovňa Würzburger Versicherungs-AG ma po prešetrení podľa predchádzajúcich odsekov oboznámi a upozorní, aby som mohol(a) proti šetreniu namietat. Toto prehlásenie o overení povinnosti plnenia platí aj v prípade mojej smrti.

☐ Nechcem podať predložené prehlásenie. Týmto prehlásením oslobodzujem od povinnosti mlčanlivosti výlučne nasledovné zariadenia resp. osoby:

Rozhodnutie pre túto alternatívu môže viesť k predĺženiu overenia povinnosti plnenia, kráteniu plnenia alebo celkom k oslobodeniu od povinnosti plnenia, pokiaľ sa na základe zostávajúcich informačných zdrojov nedá povinnosť plnenia zdôvodniť úplne alebo iba čiastočne.

#### Použitie údajov na overenie plnenia

Súhlasím s použitím údajov o zdravotnom stave uvedených v predchádzajúcich vyhláseniach o záväzku povinnosti mlčanlivosti alebo mnou predložených alebo odovzdaných údajov na overenie plnenia poisťovňou Würzburger Versicherungs-AG. Musia sa dodržať zásady úsporného zaobchádzania s údajmi a zamedzovania údajov. Údaje o zdravotnom stave môžu byť odovzdané mojim sprostredkovateľom iba v tom prípade, pokiaľ k tomu v rámci zmluvnej úpravy pri nemocenskom poistení alebo úrazovom poistení vznikne konkrétny podnet. Pokiaľ je v rámci uvedených účelov použitia potrebné predanie údajov o zdravotnom stave, zbavujem týmto zároveň aj poisťovateľa od povinnosti mlčanlivosti.

(Podpis, dátum)

#### 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)