

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

Germany

Operational no.:

(Schadensnummer:)

Insured person:

(Versicherte Person:)

Date of birth:

(Geburtsdatum:)

Release from medical confidentiality with regard to Würzburger Versicherungs- AG

(Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG)

I am aware that for the purpose of appraising his liability, the insurer is permitted to check the validity of information that I have given them to substantiate this claim, to check information pertaining to documents that I may submit (e.g. certificates, bills of health), to check hospital related communications that I may bring about and to check communications that I may bring about from any other member of a health profession. To this end, I release the members of the health professions, hospital staff and social insurance workers who are either named in the supplied documents or have partaken in my medical treatment from their duty to medical confidentiality. I also release (the said persons) from the duty to medical confidentiality for the checking of entitlement to benefits on the occasion of my death.

(Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen, Krankenanstalten oder Krankenkassen, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.)

.....
Place and date

.....
Signature