

Asigurarea

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

N. caz:

(Schadenummer:)

Persoană asigurată:

(Versicherte Person:)

Data nașterii:

(Geburtsdatum:)

**Exonerarea de obligativitatea menținerii secretului profesional de medic
față de asigurarea Würzburger Versicherungs-AG**

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

Sunt informat că, în scopul evaluării obligativității sale de a face prestații, asigurarea verifică datele puse de mine la dispoziție în scopul motivării pretențiilor mele sau care reies din documentația depusă de mine (de ex. adeverințe, certificate) sau din comunicările făcute de un spital sau de membrii ai unei profesii curative, la dispoziția mea. În acest sens, prin prezenta exonerez membrii unor profesii curative, instituții medicale sau asigurări sociale, indicate în documentația prezentată sau care au participat la tratamentul medical și curativ, de obligativitatea menținerii secretului profesional. Exonerarea de la obligativitatea menținerii secretului profesional în scopul verificării unor pretenții de prestații se va extinde și asupra cazului decesului meu.

(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.)

.....
Localitatea și data

.....
Semnătură