

Engl.

Operational no.:

(Schadenummer, Versicherungsnummer:)

Insured person:

(Versicherte Person:)

Date of birth:

(Geburtsdatum:)

Release from medical confidentiality with regard to the insurance

(Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Versicherung)

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

Rom.

N. caz:

(Schadenummer:)

Persoană asigurată:

(Versicherte Person:)

Data nașterii:

(Geburtsdatum:)

Exonerarea de obligativitatea menținerii secretului profesional de medic fata de asigurarea

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

Pol.

Nr sprawy:

(Schadenummer:)

Osoba ubezpieczona:

(Versicherte Person:)

Data urodzenia:

(Geburtsdatum:)

Zwolnienie z lekarskiego obowiązku zachowania tajemnicy w stosunku do ...

(Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der ... Versicherung)

Wiem, że ubezpieczyciel do oceny swojego obowiązku świadczenia sprawdza dane, podane przeze mnie tutaj do uzasadnienia roszczeń lub wynikające z przedłożonych przeze mnie dokumentów (np. zaświadczeń, opinii) lub zleconych przeze mnie informacji szpitalnych lub od członków zawodu lekarskiego. W tym celu zwalnim niniejszym członków zawodów lekarskich lub organy szpitalne oraz ubezpieczycieli ubezpieczeń społecznych, wymienionych w przedłożonym dokumentach lub uczestniczących w procesie leczenia z ich obowiązku zachowania tajemnicy. Zwalnim także z obowiązku zachowania tajemnicy w celu sprawdzenia roszczeń o świadczenie w przypadku mojej śmierci.

(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.)

.....
miejscowość i data

.....
podpis