

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG  
Bahnhofstraße 11  
97070 Würzburg

republika federalna niemiec

**Nr sprawy:**

(Schadenummer:)

**Osoba ubezpieczona:**

(Versicherte Person:)

**Data urodzenia:**

(Geburtsdatum:)

**Zwolnienie z lekarskiego obowiązku zachowania tajemnicy w stosunku do  
Würzburger Versicherungs-AG**

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

**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 zwalniam 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. Zwalniam 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.)

.....  
miejsceowość i data

.....  
podpis