



Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Pojistné plnění poukažte na

Příjmení a jméno	Rodné číslo							/					
Adresa									PSČ				
Korunový účet	Kód banky								Specifický symbol				
Zahraniční účet – název a adresa banky													
	IBAN								SWIFT				
V													Podpis pojištěného
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka													
Souhlas ostatních osob rušících zájezd s poukázáním pojistného plnění na výše uvedený účet / adresu													
Jméno a příjmení													Podpis
Jméno a příjmení													Podpis
Jméno a příjmení													Podpis

## Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře

(ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, a zjistil tělesná poškození a/nebo zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu)

1. Jméno a příjmení pacienta													Datum narození	
2. Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře														
3. Adresa ošetřujícího lékaře													Telefon	
4. Jste stálým lékařem pojištěného									ANO				NE	Odkdy
5. Datum počátku onemocnění/úrazu									.				.	
6. Hospitalizace									ANO				NE	od do Kde
7. Diagnóza / důvod zrušení cesty														
8. Datum kdy jste doporučil zrušit cestu									.				.	

9. Popis onemocnění / úrazu														
10. Plánovaný výkon									ANO				NE	Popis
11. Těhotenství									ANO				NE	Předpokládaný termín porodu

12. Způsob léčby														
13. Předpokládaná doba léčby														
14. Měl pacient již dříve potíže, které jsou nyní důvodem zrušení cesty													ANO	NE
Jaké														
15. Byl pacient v prac. neschopnosti (PN)									ANO				NE	od do Číslo dokladu PN
16. Jiná onemocnění / datum diagnostikování														

V														Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
Souhlasím s tím, aby ošetřující lékař odpověděl na dotazy Allianz pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem zrušení cesty														
V														Podpis pojištěného / zákonného zástupce