

Stal se úraz při sportu nebo jiné tělovýchovné aktivitě?		Ano	Ne
Byla organizována?		Ano	Ne
Kterou organizací?			
Jména a adresy případných svědků:			
Případ vyšetřoval (adresa):			

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 škodních 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 dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR), v platném znění, správcem osobních údajů vztahujících se k mnou uplatněným nárokům z této škodní události, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Bližší informace o způsobu a době zpracování Vašich osobních údajů naleznete na www.allianz-partners.cz.

Pojistné plnění poukažte:

Na jméno a adresu: _____

Na korunový účet: _____ Kód banky: _____

Datum: _____ Podpis: _____