



### III. c. Údaje o praktickém lékaři v České republice

Jméno praktického lékaře:	Kontaktní telefon:
Adresa praktického lékaře:	PSČ:

### IV. Pojistné plnění poukázat

(V případě zaslání pojistného plnění poštovní poukázkou bude pojištěnému od přiznaného pojistného plnění odečtena částka za poštovné)

**poštovní poukázkou** na jméno a adresu:

.....

Na účet číslo / banka:	variabilní symbol:
v peněžním ústavu (název a sídlo):	

### Prohlášení o zmocnění

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto „Oznámení pojistné události“ jsou úplné, pravdivé a nic nebylo zamlčeno a jsem si vědom(a) právních důsledků nesprávných odpovědí na povinnosti Cestovní pojišťovny ADRIA Way družstvo plnit. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci.

Souhlasím s tím, aby Cestovní pojišťovna ADRIA Way družstvo zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní a citlivé údaje v rámci pojišťovací a zajišťovací činnosti a to po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

V ..... dne .....  
.....  
podpis pojištěného (oprávněné osoby)

### V. Vysvětlení

Nárok na pojistné plnění vzniká za podmínek stanovených ve Všeobecných pojistných podmínkách pro cestovní pojištění a Smluvních ujednáních pro cestovní pojištění.

Za nezletilého uplatňuje nárok na pojistné plnění jeho zákonný zástupce (oprávněná osoba).

Přílohou tohoto **Oznámení pojistné události** je podle druhu uplatňovaného nároku na pojistné plnění **Zpráva lékaře – doba nezbytného léčení** nebo **Zpráva lékaře – trvalé následky**.