

III. Údaje o lékaři

Jméno lékaře:	Kontaktní telefon:
Adresa lékaře:	PSČ:
V dne podpis lékaře a razítko	

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):	

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. Údaje posudkového lékaře (vyplní posudkový lékař pojišťovny)

Diagnóza (kód):
Plnění v % (dle oceňovacích tabulek):
V dne podpis posudkového lékaře

VI. 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).

K této **Zprávě lékaře** přiložte všechnu zdravotní dokumentaci (kopie) a všechny lékařské zprávy (kopie), které se týkají trvalých následků.

V případě, že nebyl uvedený úraz dosud nahlášen Cestovní pojišťovně ADRIA Way družstvo, přiložte k této **Zprávě lékaře** vyplněný tiskopis **Oznámení pojistné události z úrazového pojištění**.