
To**Company**
Tel
Fax
E-mail

Nr. of pages**Your Ref**

Subscriber :

From**Company** Europ Assistance s.r.o.
Tel +420 221 586 111
Fax +420 221 586 100
E-mail operations@europ-assistance.cz

Date**Our Ref**

Date of birth**Date of service (treatment / hospitalization / transport):****Name of doctor / hospital:**

I undersigned, authorize the above mentioned establishment to release any information necessary to Europ Assistance and Worldwide Assistance Services, including medical information on the diagnosis, treatment, prognosis and medical history, with respect to any physical and mental conditions, including the use of drugs and alcohol.

A photocopy of this authorization shall be considered as affective and valid as the original.

.....
Name

.....
Date

Note: On behalf of the underage client signs his jurisdictional inspector.

Datum poskytované služby (ošetření/hospitalizace/převoz):**Jméno lékaře/nemocnice:**

Já, níže podepsaný, uděluji tímto pojistiteli a asistenční službě Europ Assistance a Worldwide Assistance Services souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené výše zmíněným lékařem či zdravotním zařízením. Pojistitele a asistenční službu zplnomocňuji, aby si od lékařů a zdravotních zařízení vyžádali nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení a ošetřujícího lékaře nebo zdravotní zařízení zplnomocňuji k poskytnutí veškerých informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace.

.....
Jméno

.....
Datum

Pozn. U nezletilého klienta podepíše jeho zákonný zástupce.