

V ....., dne .....

## **PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNCE PLNÁ MOC**

Jméno klienta:

Datum narození:

Jméno a adresa lékaře:

Já, níže podepsaný/á, uděluji tímto pojistiteli a asistenční službě Europ Assistance 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.

Kopie tohoto dokumentu má stejnou platnost jako originál.