



0000000000Z0017

Souhlas s poskytováním lékařských informací

Z0017

Příjmení a jméno klienta:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Souhlasím s tím, že Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group je oprávněna zjišťovat a přezkoumávat můj fyzický a psychický zdravotní stav za účelem uzavření pojistných smluv a pro vyřizování pojistných událostí.

Požadovaná zdravotní dokumentace bude zasílána na adresu pověřeného zdravotnického zařízení: P.O.BOX: MUDr. Zuzana Grofová – pověřené zdravotnické zařízení, Česká pošta, s.p., Na Hrádku 105, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

Dne:

.....
Podpis klienta

2-7654 (Z 0017) 04/2009



0000000000Z0017

Souhlas s poskytováním lékařských informací

Z0017

Příjmení a jméno klienta:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Souhlasím s tím, že Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group je oprávněna zjišťovat a přezkoumávat můj fyzický a psychický zdravotní stav za účelem uzavření pojistných smluv a pro vyřizování pojistných událostí.

Požadovaná zdravotní dokumentace bude zasílána na adresu pověřeného zdravotnického zařízení: P.O.BOX: MUDr. Zuzana Grofová – pověřené zdravotnické zařízení, Česká pošta, s.p., Na Hrádku 105, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

Dne:

.....
Podpis klienta

2-7654 (Z 0017) 04/2009