**Čestné prohlášení o členství pojištěného v České asociaci sester, z.s.**

K oznámení škodní události z **Doplňkového pojištění při pobytu v nemocnici (DOH)**

Číslo pojistné smlouvy skupinového pojištění: **11129 - 4**

**Údaje o pojištěném**

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa:

Prohlašuji, že jsem k datu vzniku škodní události byl/a členem České asociace sester, z.s.

Jsem si plně vědom/a závažnosti tohoto prohlášení a uhradím pojišťovně škodu, která by vznikla výplatou pojistného plnění na základě mnou uvedených nepravdivých údajů.

Souhlasím s tím, aby Generali Česká pojišťovna a.s. ověřovala platnost a pravdivost mých sdělení u České asociace sester, z.s..

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis