**Čestné prohlášení**

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

Číslo pojistné smlouvy skupinového pojištění: **11131 - 0**

**Údaje o pojištěném**

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa:

Prohlašuji, že jsem k datu vzniku škodní události byl/a členem Klientského klubu Generali České pojišťovny, a.s. nebo byl/a pojištěnou osobou uvedenou v pojistné smlouvě životního pojištění, kterou uzavřel člen Klientského klubu Generali České pojišťovny a.s. a zároveň jsem vykonával/a v zaměstnaneckém nebo i jiném obdobném poměru povolání v rámci následujících zdravotnických zařízeních, ve kterých je jejich zřizovatelem poskytována ve smyslu platné právní úpravy:

* léčebná péče formou akutní lůžkové péče intenzivní nebo standardní (nemocnice),
* lázeňská léčebně rehabilitační péče a léčebně rehabilitační péče formou následné lůžkové péče (lázeňské léčebny, ozdravovny, rehabilitační ústavy, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, ostatní odborné léčebné ústavy),
* ošetřovatelská péče a paliativní péče formou dlouhodobé lůžkové péče (domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, léčebny dlouhodobě nemocných a hospice),
* pravidelná činnost praktického lékaře (ordinace),
* péče všeobecných i odborných lékařů a stomatologů (ambulance).

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.

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

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

 podpis