

**ČP ZDRAVÍ**

Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Bydlisko:	Telefón:
Úverová zmluva:	Škodová udalosť:

Oznámenie poistnej udalosti
INVALIDITA

časť A. VYPLNÍ POISTENÝ (doplňte požadované údaje)

Dátum čerpania úveru:	Dátum priznania invalidity:
Ošetrojúci (praktický) lekár:	
Priezvisko, meno: _____	Telefón: _____
Adresa: _____	e-mail: _____
Žiadosť o výplatu poistného plnenia na účet:	
Žiadam o výplatu poistného plnenia prevodom finančných prostriedkov na účet:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	– <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
predčíslenie (ak je uvedené)	číslo účtu
	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	kód banky
<i>Bezhotovostné spracovanie platieb umožní skrátenie termínu výplaty o niekoľko dní.</i>	
Prehlásenie poisteného:	
Prehlasujem, že som pred pristúpením k poisteniu dostal/a informácie určené pre záujemcov o poistenie stanovené Občianskym zákonníkom, v platnom znení, resp. zákonom Českej republiky č. 37/2004 Sb., o poisťnej smlouvě, v platnom znení, a bol/a som poistníkom (t.j. spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.) oboznámený/á s obsahom príslušnej poisťnej zmluvy*, ako aj s obsahom príslušných poisťných podmienok. Súčasne potvrdzujem, že som k počiatku poistenia splnil/a podmienky stanovené poisťiteľom pre prijatie do poistenia.	
Prehlasujem, že súhlasím, aby poisťiteľ zhromažďoval a spracovával údaje o mojom zdravotnom stave alebo príčinách smrti v súvislosti so šetrením poisťných udalostí v súlade s § 25 zákona č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, v platnom znení, resp. v súlade s § 50 zákona Českej republiky č. 37/2004 Sb., o poisťnej smlouvě, v platnom znení. Zároveň oprávňujem všetkých oslovených lekárov, ústavy, zdravotnícke zariadenia a zdravotné poisťovne tieto údaje poisťiteľovi oznamovať, a to prostredníctvom povereného zdravotníckeho zariadenia.	
Som si vedomý/a skutočnosti, že poisťiteľ je oprávnený identifikovať účastníkov poistenia a spracovávať osobné údaje poistených za účelom správy poistenia a šetrenia poisťných udalostí.	
* Príslušnou poisťnou zmlouvou sa rozumie v prípade:	
– poisťenia úverových splátok poisťná zmluva č. 19100694 na skupinové poistenie dlžníkov zo zmluvy o úvere dohodnutom so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.	
– poisťenia výdavkov IDEAL BENEFIT poisťná zmluva č. 19100837/2009 na skupinové poistenie pravidelných výdavkov z účelovo zaistených úverov alebo finančného leasingu dohodnutých so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s. s cieľom obstarania motorového vozidla	
– poisťenia výdavkov PLUS, PREMIUM, ŠTANDARD alebo EASY poisťná zmluva č. 19100826/2009 na skupinové poistenie pravidelných výdavkov zo spotrebiteľských, hotovostných a revolvingových úverov a na skupinové poistenie výdavkov vzniknutých zneužitím kreditnej či úverovej karty, stratou dokladov alebo kľúčov dohodnuté so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.	
Dátum:	Podpis poisteného:

K vyplnenému a podpísanému formuláru priložte nasledujúce dokumenty a odošlite ich na kontaktnú adresu:

- Kópia záznamu jednania o posúdení zdravotného stavu poisteného
- Kópia Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku
- Lekárom vyplnená časť B. tohto formulára

LEKÁRSKA SPRÁVA

časť B. VYPLNÍ LEKÁR (podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie)

Pacient/ka: Meno a priezvisko: _____ Rodné číslo: _____	
Zdravotný stav pacienta/ky: Invalidita priznaná pre pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 % ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> od (dátum): _____ o viac ako 70 % ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> od (dátum): _____	
Diagnóza, kvôli ktorej bola invalidita priznaná (v prípade viacerých diagnóz uveďte ich percentuálny podiel)	Dátum prvého záchytu ochorenia/vzniku úrazu
Diagnóza 1: _____ Percentuálny podiel: _____	_____
Diagnóza 2: _____ Percentuálny podiel: _____	_____
Diagnóza 3: _____ Percentuálny podiel: _____	_____
Diagnóza 4: _____ Percentuálny podiel: _____	_____
Diagnóza 5: _____ Percentuálny podiel: _____	_____
Dátum vystavenia:	Pečiatka a podpis lekára:

Náklady na vystavenie tohto potvrdenia nesie poistený (pacient/ka).