



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

Oznámenie poistnej udalosti
PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

časť A. VYPLNÍ POISTENÝ (doplňte požadované údaje)

Dátum čerpania úveru:	Začiatok pracovnej neschopnosti:																											
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:																												
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									-	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>													/	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				
predčíslenie (ak je uvedené)		číslo účtu		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, ústavov, zdravotníckych zariadení 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 zmluvou 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 alebo PREMIUM 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 riadne vyplneného „Potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti“ s vyznačením začiatku pracovnej neschopnosti, pravidelných kontrol a adresy lekára
- Prepúšťacia správa z nemocnice (ak došlo k hospitalizácii)
- Zamestnávateľom potvrdená časť B. tohto formulára (ak ste zamestnanec), alebo kópia Živnostenského listu (ak ste podnikateľ)
- Lekárom vyplnená časť C. tohto formulára

POTVRDENIE O TRVÁNÍ PRACOVNÉHO POMERU

časť B. VYPLNÍ ZAMESTNÁVATEĽ

Týmto potvrdzujeme, že pán/pani: _____

Rodné číslo: _____

je ku dňu vystavenia tohto potvrdenia zamestnancom našej firmy s pracovným pomerom uzatvoreným na dobu:

- neurčitú
 určitú, pracovný pomer skončí dňom: _____

Ku dňu vystavenia tohto potvrdenia výpovedná lehota:

- nebeží
 beží, pracovný pomer končí ku dňu: _____

Potvrdení je vydávané v súlade s ustanovením § 75 ods. 4 zákonníka práce s výslovným súhlasom zamestnanca, čo zamestnanec stvrďuje svojim podpisom, a je určené pre poisťiteľa za účelom šetrenia a likvidácie poisťnej udalosti.

Podpis poisteného:

Dátum vystavenia:

Pečiatka a podpis zamestnávateľa:

