

**ČP ZDRAVÍ**

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

Oznámenie poistnej udalosti
SMRŤ NÁSLEDKOM ÚRAZU

VYPLNÍ POZOSTALÝ (doplňte požadované údaje)

Dátum čerpania úveru poisteným:	Dátum úmrtia poisteného:																																	
Ošetrojúci (praktický) lekár poisteného:																																		
Priezvisko, meno: _____	Telefón: _____																																	
Adresa: _____	e-mail: _____																																	
Údaje o pozostalom:																																		
Priezvisko, meno: _____	Telefón: _____																																	
Adresa: _____	e-mail: _____																																	
Váš vzťah k poistenému	<input type="checkbox"/> manžel/ka <input type="checkbox"/> iný – uveďte:																																	
Notár poverený pozostalostným konaním: (vyplňte, ak bol notár k danému konaniu určený)																																		
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"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									–	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																			/	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
predčíslenie (ak je uvedené)		číslo účtu		kód banky																														
<i>Bežhotovostné spracovanie platieb umožní skrátenie termínu výplaty o niekoľko dní.</i>																																		
<i>Právo na poistné plnenie môže uplatniť iba k tomu oprávnená osoba a len takej osobe poisťiteľ poskytne poistné plnenie. Ak nie je taká osoba určená, vznikne právo osobám určeným v § 817 Občianskeho zákonníka, v platnom znení, resp. v § 51 zákona Českej republiky č. 37/2004 Sb., o poisťných smlouvách, v platnom znení.</i>																																		
Prehlásenie pozostalého:																																		
Prehlasujem, že svoje osobné údaje v rozsahu ako je uvedené vyššie poskytujem dobrovoľne a súhlasím s ich spracovávaním za účelom šetrenia poistnej udalosti z poistenia dohodnutého medzi spoločnosťami Česká poisťovna ZDRAVÍ a.s. a Home Credit Slovakia, a.s.																																		
Dátum:	Podpis pozostalého:																																	



ČP ZDRAVÍ

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

- Kópia úmrtného listu
- Kópia listu o ohliadke mŕtveho
- Kópia pitevnej správy (ak bola vykonaná pitva)
- Kópia policajného protokolu (v prípade, že k úmrtiu došlo v súvislosti s dopravnou nehodou alebo spáchaním trestného činu)

V prípade, že k poistnej udalosti došlo mimo územia SR (ČR), priložte aj úradne overené preklady príslušných dokumentov do slovenského alebo českého jazyka.

Náklady na vystavenie príslušných potvrdení nesie pozostalý.