

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

Oznámenie poistnej udalosti
HOSPITALIZÁCIE V DÔSLEDKU ÚRAZU

časť A. VYPLNÍ POISTENÝ (doplňte požadované údaje)

Dátum čerpania úveru:	Začiatok hospitalizácie:
-----------------------	--------------------------

Ošetrojúci (praktický) lekár:

Priezvisko, meno: _____ Telefón: _____

Adresa lekára: _____ e-mail: _____

Žiadosť o výplatu poistného plnenia na účet:

Žiadam o výplatu poistného plnenia prevodom finančných prostriedkov na účet:

--	--	--	--	--	--	--	--

predčíslie (ak je uvedené)

—

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

číslo účtu

/

--	--	--	--

kód banky

Bezhotovostné spracovanie platieb umožní skrátenie termínu výplaty o niekoľko dní.

Prehlásenie poisteného:

Prehlasujem, že som pred dojednaním poistenia dostal/a informácie určené pre záujemcov o poistenie stanovené zákonom Českej republiky č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v znení neskorších predpisov, a bol/a som poistníkom (t.j. spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.) oboznámený/á s obsahom príslušnej poistnej zmluvy*, ako aj s obsahom príslušných poistných podmienok. Súčasne potvrdzujem, že som k začiatku poistenia splnil/a podmienky stanovené pre prijatie do poistenia.

Prehlasujem, že súhlasím, aby poisťovňa (Česká poisťovňa ZDRAVÍ a.s.) získavala a spracúvala údaje o mojom zdravotnom stave a preskúmavala môj zdravotný stav alebo príčinu smrti, a to počas doby nevyhnutnej pre realizáciu a ochranu práv a povinností z poistenia. Zároveň oprávňujem všetkých oslovených lekárov, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, záchrannú službu, verejnú zdravotnú poisťovňu, orgány sociálneho zabezpečenia, políciu a ďalšie orgány činné v trestnom konaní tieto údaje poisťovne oznamovať, a to prostredníctvom povereného zdravotníckeho zariadenia.

Som si vedomý/a skutočnosti, že poisťovňa je oprávnená identifikovať účastníkov poistenia a spracúvať osobné údaje poistených za účelom správy poistenia a šetrenia poistných udalostí.

** Príslušnou poistnou zmluvou sa rozumie v prípade:*

– poistenia výdavkov (Baličky BASIC a CLASSIC) poistná zmluva c. 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 prepúšťacej správy z nemocnice
- 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: Začiatok hospitalizácie: _____ Diagnóza (zn. MKN-10 i slovne): _____ Hospitalizácie bola spôsobená chorobou <input type="checkbox"/> úrazom <input type="checkbox"/> Ide o prvý záchyt ochorenia alebo úrazu ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Dátum prvého záchytu: _____ Ide o následky úrazu z minulosti ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Dátum vzniku úrazu: _____ Súvisí súčasná hospitalizácie s nasledujúcim ochorením alebo jeho následkami: • ochorenie chrbtice ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Dátum prvého záchytu: _____ Dátum operácie: _____ • problémy psychického charakteru ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Dátum vystavenie: _____	Pečiatka a podpis lekára: _____

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