

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 lekára: _____ 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> <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> <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> </tr> </table>					
predčíslenie (ak je uvedené)		číslo účtu		kód banky																																			
<i>Bezhotovostné spracovanie platieb umožní skrátenie termínu výplaty o niekoľko dní.</i>																																							
Prehlásenie poisteného:																																							
<p>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.</p> <p>Prehlasujem, že súhlasím, aby poisťovňa (Česká pojišťovna 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.</p> <p>Som si vedomý/a skutočností, že poisťovňa je oprávnená identifikovať účastníkov poistenia a spracúvať osobné údaje poistených za účelom správy poistenia a šetrenia poistných udalostí.</p> <p><i>* Príslušnou poistnou zmluvou sa rozumie v prípade:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - poistenia úverových splátok poistná zmluva c. 19100694 na skupinové poistenie dlžníkov zo zmluvy o úvere dohodnutom so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s. - poistenia výdavkov (Baličky PLUS, PREMIUM, CLASSIC a EXTRA) 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:																																						

Ak ste **zamestnancom**, 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
- Lekárom vyplnená časť C. tohto formulára

Ak ste **osobou samostatne zárobkovo činnou**, 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 (pre nemocensky poistené osoby)
- Prepúšťacia správa z nemocnice (ak došlo k hospitalizácii)
- Kópia Živnostenského listu
- Lekárom vyplnená časť C. tohto formulára

POTVRDENIE O TRVÁNÍ PRACOVNÉHO POMERU

časť B. VYPLNÍ ZAMESTNÁVATEĽ

Týmto potvrdzujeme, že pán/paní _____

Rodné číslo: _____

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

- neurčitú
- určitú, pracovný pomer skončí dnom: _____

Zamestnancom našej firmy je od: _____

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:

