



ČP ZDRAVÍ

Jméno a příjmení pojištěného:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Úvěrová smlouva:	Škodná událost:

Oznámení pojistné události
INVALIDITA TŘETÍHO STUPNĚ

část A. VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (doplňte požadované údaje)

Datum čerpání úvěru:	Datum přiznání invalidity 3. stupně:
----------------------	--------------------------------------

Ošetřující (praktický) lékař:

Příjmení, jméno: _____ Telefon: _____

Adresa: _____ e-mail: _____

Žádost o výplatu pojistného plnění na účet:

Žádám o výplatu pojistného plnění převodem finančních prostředků na bankovní účet:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------

předčísí (je-li uvedeno)

číslo účtu

kód banky

Bezhotovostní zpracování plateb umožní zkrácení termínu výplaty o několik dní.

Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že jsem před sjednáním pojištění obdržel/a informace určené pro zájemce o pojištění stanovené platným zněním zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, a byl/a pojistníkem (tj. společností Home Credit a.s.) seznámen/a s obsahem příslušné pojistné smlouvy*, jakož i s obsahem příslušných pojistných podmínek. Současně potvrzuji, že jsem k počátku pojištění splnil/a podmínky stanovené pojistitelem pro přijetí do pojištění.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel shromažďoval a zpracovával údaje o mém zdravotním stavu nebo příčinách smrti v souvislosti se šetřením pojistných událostí ve smyslu § 50 zákona o pojistné smlouvě. Zároveň opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny sdělovat tyto údaje pojistiteli, a to prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení.

Jsem si vědom/a skutečnosti, že pojistitel je oprávněn identifikovat účastníky pojištění a zpracovávat osobní údaje pojištěných za účelem správy pojištění a šetření pojistných událostí.

** Příslušnou pojistnou smlouvou se rozumí v případě:*

- *pojištění úvěrových splátek pojistná smlouva č. 19100683/2006 na skupinové pojištění dlužníků ze smlouvy o úvěru sjednané se společností Home Credit a.s.*
- *pojištění výdajů IDEAL BENEFIT pojistná smlouva č. 19100749/2008 na skupinové pojištění pravidelných výdajů z účelově zajištěných úvěrů nebo finančního leasingu sjednaných se společností Home Credit a.s. za účelem pořízení motorového vozidla*
- *pojištění výdajů PLUS, PREMIUM, STANDARD nebo EASY pojistná smlouva č. 19100771/2009 na skupinové pojištění pravidelných výdajů ze spotřebitelských, hotovostních a revolvingových úvěrů a na skupinové pojištění výdajů vzniklých zneužitím kreditní či úvěrové karty, ztrátou dokladů nebo klíčů sjednaná se společností Home Credit a.s.*

Datum:

Podpis pojištěného:

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete je do ČP ZDRAVÍ:

- Kopie Posudku o invaliditě vydaného příslušnou Okresní správou sociálního zabezpečení (OSSZ) nebo kopie Záznamu o jednání příslušné OSSZ o posouzení zdravotního stavu za účelem přiznání invalidity 3. stupně, případně kopie rozhodnutí příslušného soudu o přiznání invalidity 3. stupně
- Kopie Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně z České správy sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého je invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně přiznán a vyplácen
- Kopie dokladu o ukončení výkonu zaměstnání (zaměstnanci), nebo samostatné výdělečné činnosti (podnikatelé)
- Lékařem vyplněná část B. tohoto formuláře
- Kopie úvěrové smlouvy (smluv) uzavřené se společností Home Credit a.s.

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

část B. VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Pacient/ka: Jméno a příjmení: _____ Rodné číslo: _____	
Zdravotní stav pacienta/ky: Invalidita 3. stupně přiznána od: _____	
Diagnóza, pro kterou byla invalidita 3. stupně přiznána (v případě více diagnóz uveďte jejich procentní podíl)	Datum prvního záchytu onemocnění/vzniku úrazu
Diagnóza 1: _____ Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 2: _____ Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 3: _____ Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 4: _____ Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 5: _____ Procentní podíl: _____	_____
Byl/a pacient/ka v uplynulém roce v pracovní neschopnosti delší než 30 dní ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Pokud ano, uveďte počátek pracovní neschopnosti: _____ práce schopen/na od: _____	
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře:

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient/ka).