ČP ZDRAVÍ

Hlášení pojistné události – pojištění splátek Home Credit

Poučení pro pojištěného:

1. Vyplňte, prosím, pečlivě toto oznámení. Bez úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného nelze pojistnou událost vyřídit.
2. Tučně orámovanou část formuláře nechte vyplnit Vašemu ošetřujícímu lékaři.
3. Přiložte kopii I. dílu formuláře „Potvrzení pracovní neschopnosti“ (tzv. státní neschopenky) a vše zašlete na níže uvedenou adresu ČP ZDRAVÍ.

Číslo Vaší úvěrové smlouvy se společností Home Credit: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Rodné číslo: |__|__|__|__|__|__|__| / |__|__|__|__|

Příjmení a jméno: ……

Trvalé bydliště: ……..... PSČ: |__|__|__| |__|__|

Číslo telefonu domů / mobil: ……

Souhlas se zpracováváním osobních údajů daný ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“) pojistiteli České pojišťovně ZDRAVÍ a.s.

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby pojistitel shromažďoval a zpracovával mé osobní údaje a údaje o zdravotním stavu a přezkoumával můj zdravotní stav za účelem šetření a likvidace pojistných událostí a k tomuto účelu si vyžadoval potřebné dokumenty od příslušných zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, u kterých jsem se dosud léčil, léčím nebo budu léčit, k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení pojistitelům a zprošťuje je od povinnosti zachovávat mlčenlivost, pokud je pojistitelé požádají o uvedené informace. Zavazuji se, že poskytnu pojistitelům nezbytnou součinnost při opatřování zdravotní dokumentace.

Tento souhlas uděluji na dobu nezbytnou k plnění závazků z pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí i na dobu po mé smrti. Potvrzuji, že jsem si vědom toho, že údaje o zdravotním stavu poskytuji pojistiteli dobrovolně k zajištění práv a povinností ze závazkového vztahu a jsem si vědom skutečnosti, že odvoláním souhlasu znemožním pojistiteli plnit z pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl řádně informován o účelu zpracovávání osobních údajů, svých právech, jakož i o povinnostech zpracovatele. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu oznámím pojistiteli jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zdopověděl/a pravdivě a úplně.

V ……..... dne .....….. 200… ……

podpis pojištěného

ZPRÁVA LÉKAŘE – VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ (v případě nedostatku místa přiložte, prosím, očíslované přílohy)

Diagnóza……

Počátek pracovní neschopnosti…… Práce schopen od……

Datum poslední lékařské kontroly…… Datum příští lékařské kontroly……

Léčil se pacient v minulosti již s tímto onemocněním nebo úrazem (kdy a jak) a přesné datum, kdy mu/jí bylo toto onemocnění či úraz diagnostikováno?

……

Je současná pracovní neschopnost spojena s psychiatrickým nebo psychologickým nálezem, onemocněním páteře, únavovým syndromem?

……

Došlo během léčení ke změně diagnózy (na jakou a kdy)? ……

Průběh a způsob léčení……

……

Komplikace……

Výsledky vyšetření – RTG, SONO (pokud byly)……

Prognóza……

Kdy došlo k ustálení zdravotního stavu, který se dále léčbou již nelepšil? ……

Bude v průběhu jednoho měsíce zdravotní stav řešen u lékařské posudkové komise? ……

Došlo k pojistné události vlivem alkoholu, nesprávných dávek léků či omamných látek? ……

Bylo-li doporučeno odborné vyšetření, sdělte nám prosím jeho výsledek (včetně jména, adresy a telefonního čísla odborného lékaře)

……

Datum	Adresa, razítko a podpis lékaře

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.
Litevská 1174/8
100 05 Praha 10

Tel.: 267 222 515
Fax: 267 222 936
Infolinka: 841 111 132

http: www.zdravi.cz
IČ: 49240749
DIČ: CZ 49240749

Zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, složka 2044