

časť A. Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)Číslo úverovej zmluvy
(zmlúv) so spoločnosťou _____ Rodné číslo _____
Home Credit Slovakia

Priezvisko _____ Meno _____

Kontaktná adresa (ulica, obec, PSČ) _____

E-mail _____ Telefón _____

Dátum čerpania úveru _____ Dátum priznania
invalidity _____Ošetrojúci (praktický) lekárPriezvisko, meno lekára _____ Telefón
lekára _____

Adresa lekára _____

Vyplňte len vtedy, ak bolo úverovou zmluvou zjednané poistenie výdavkov **IDEAL BENEFIT, PLUS, PREMIUM** alebo **STANDARD**:

Žiadam o výplatu poistného plnenia (vyberte len jednu možnosť)

 na hore uvedenú adresu poisteného na účet číslo IBAN _____ SWIFT _____

K vyplnenému a podpísanému formuláru priložte nasledujúce dokumenty a odošlite ich na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenú nižšie.

- Kópia rozhodnutia orgánu sociálneho zabezpečenia alebo súdu, na základe ktorého bol poistenému priznaný invalidný dôchodok
- Kópia záznamu jednania o posúdení zdravotného stavu poisteného
- Overená kópia Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku s vyznačeným dátumom, od ktorého je invalidný dôchodok priznaný a vyplácaný
- Kópia dokladu o ukončení výkonu zamestnania (zamestnanci) alebo samostatnej zárobkovej činnosti (podnikatelia)
- Lekárom vyplnená časť B) tohto oznámenia
- Kópia úverovej zmluvy (zmlúv) uzatvorenej so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.

Prehlásenie poisteného

Prehlasujem, že som pred prístupím k poisteniu dostal informácie určené pre záujemcov o poistenie stanovené § 788 Občianskeho zákonníka, v platnom znení a bol som poistníkom (t.j. spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.) oboznámený s obsahom príslušnej poistnej zmluvy*, ako aj s obsahom príslušných poistných podmienok. Súčasne potvrdzujem, že som k počiatku poistenia splnil podmienky stanovené poisťiteľom pre prijatie do poistenia.

Prehlasujem, že súhlasím, aby poisťiteľ zhromažďoval a spracovával údaje o mojom zdravotnom stave alebo príčinách smrti v súvislosti so šetrením poistných udalostí v súlade s § 25 zákona číslo 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, v platnom znení. Zároveň oprávňujem všetkých oslovených lekárov, ústavy, zdravotnícke zariadenia a zdravotné poisťovne tieto údaje poisťiteľovi oznamovať, a to prostredníctvom povereného zdravotníckeho zariadenia.

Som si vedomý skutočnosti, že poisťiteľ je oprávnený identifikovať účastníkov poistenia a spracovávať osobné údaje poistených za účelom správy poistenia a šetrenia poistných udalostí.

* Príslušnou poistnou zmluvou sa rozumie v prípade:

- poistenia úverových splátok poistná zmluva č. 19100694 na skupinové poistenie dlžníkov zo zmluvy o úvere dohodnutom so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.
- poistenie výdavkov IDEAL BENEFIT poistná zmluva č. 19100837/2009 na skupinové poistenie pravidelných výdavkov z účelovo zaistených úverov alebo finančného leasingu dohodnutých so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s. s cieľom obstarania motorového vozidla
- poistenie výdavkov PLUS, PREMIUM alebo STANDARD poistná zmluva č. 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.

V _____ dňa _____ Podpis poisteného _____

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.

Kontaktná adresa pre SR: Teplická 7434/147, 921 22 Piešťany, www.zdravi.cz/sk, info@zdravi.cz

Adresa sídla: Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10, Česká republika

časť B. Lekárska správa (vyplňuje ošetrojúci lekár)**Pacient**Priezvisko _____ Meno _____
Rodné číslo _____ / _____**Zdravotný stav pacienta**

Invalidita priznaná pre pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

- ▶ o viac ako 40 % áno nie od (dátum) _____
- ▶ o viac ako 70 % áno nie od (dátum) _____

Diagnóza, kvôli ktorej bola invalidita priznaná (v prípade viacerých diagnóz uveďte ich percentuálny podiel) Dátum prvého záchytu ochorenia/vzniku úrazu

- | | | | | |
|--------------|-------|---------------------|-------|-------|
| ▶ Diagnóza 1 | _____ | Percentuálny podiel | _____ | _____ |
| ▶ Diagnóza 2 | _____ | Percentuálny podiel | _____ | _____ |
| ▶ Diagnóza 3 | _____ | Percentuálny podiel | _____ | _____ |
| ▶ Diagnóza 4 | _____ | Percentuálny podiel | _____ | _____ |
| ▶ Diagnóza 5 | _____ | Percentuálny podiel | _____ | _____ |

Bol pacient v uplynulom roku v pracovnej neschopnosti dlhšej než 30 dní áno nie , pokiaľ áno, uveďte:

- ▶ začiatok pracovnej neschopnosti _____ práce schopný od _____

V _____ dne _____

Pečiatka a podpis
lekára

Náklady na vystavenie tohoto potvrdenia nesie poistený (pacient).