

Údaje o pojištěném (vyplňuje pozůstalý)

Číslo úvěrové smlouvy (smluv) se společností Home Credit a.s. Rodné číslo /

Příjmení Jméno

Adresa (ulice, místo, PSČ):

Datum čerpání úvěru Datum úmrtí

Ošetřující (praktický) lékař

Příjmení, jméno lékaře Telefon lékaře

Adresa lékaře

Údaje o pozůstalém (vyplňuje pozůstalý)

Příjmení Jméno

Kontaktní adresa (ulice, místo, PSČ)

E-mail Telefon

.....
Vyplňte jen tehdy, bylo-li úvěrovou smlouvou sjednáno pojištění výdajů **IDEAL BENEFIT, PLUS, PREMIUM** nebo **STANDARD**:

Váš vztah k pojištěnému manžel/ka dítě rodič jiný - uveďte

Příjmení, jméno a adresa notáře pověřeného vyřízením pozůstalostního řízení (vyplňte v případě, že notář byl již k danému řízení určen)

Pokud jsem podle zákona* oprávněnou osobou, žádám o výplatu pojistného plnění (vyberte pouze jednu možnost)

na výše uvedenou adresu pozůstalého

na účet číslo - kód banky

* Právo na pojistné plnění může uplatnit pouze k tomu oprávněná osoba a jen takové osobě pojistitel poskytne pojistné plnění. Není-li taková osoba určena, vznikne právo osobám určeným v § 51 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění.

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete jej na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenou níže.
V případě, že k pojistné události došlo mimo území ČR, přiložte také úředně ověřené překlady příslušných dokumentů do českého jazyka.

- Kopie úmrtního listu
- Kopie listu o prohlídce mrtvého
- Kopie pitevní zprávy (byla-li provedena pitva)
- Kopie policejního protokolu (v případě, že k úmrtí došlo v souvislosti s dopravní nehodou nebo spácháním trestného činu)
- Kopie úvěrové smlouvy (smluv) uzavřené se společností Home Credit a.s.

Prohlášení pozůstalého

Prohlašuji, že souhlasím se zpracováním svých osobních údajů za účelem šetření pojistné události z pojištění sjednaného mezi společnostmi Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. a Home Credit a.s.

V _____ dne _____ Podpis pozůstalého _____

Náklady na vystavení příslušných potvrzení nese pozůstalý.