

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

**Oznámení pojistné události
ZTRÁTA PŘÍJMU**

VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (doplňte požadované údaje)

Datum čerpání úvěru:	Datum skončení prac. poměru nebo výkonu samostatné výdělečné činnosti:
Na úřadu práce veden od:	K datu podpisu úvěrové smlouvy/čerpání úvěru kartou trval prac. poměr nebo výkon samostatné výdělečné činnosti nepřetržitě 12 měsíců ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Vyplňují pouze zaměstnanci:

Název, adresa a telefon posledního zaměstnavatele: _____

Datum převzetí písemného vyrozumění o skončení pracovního poměru od zaměstnavatele: _____

K ukončení pracovního poměru došlo v průběhu zkušební doby ANO NE
 Pracovní smlouva byla uzavřena na dobu neurčitou určitou
 Důvodem k rozvázání pracovního poměru byly zdravotní důvody ANO NE , pokud ano, uveďte:

- příjmení, jméno ošetřujícího (praktického) lékaře: _____ telefon lékaře: _____
- adresu lékaře: _____

K datu podpisu úvěrové smlouvy/čerpání úvěru kartou byla pracovní smlouva uzavřena na dobu neurčitou určitou , a to do data:

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

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

Jsem si vědom 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 nebo STANDARD 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:
--------	---------------------

DOKUMENTY K DOLOŽENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Pokud jste byl/a před evidencí na úřadu práce **zaměstnancem**, přiložte k vyplněnému a podepsanému formuláři následující dokumenty a odešlete jej na adresu ČP ZDRAVÍ.

- Kopie poslední pracovní smlouvy včetně všech uzavřených dodatků
- Kopie dokladu o rozvázání pracovního poměru
- Kopie "Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení uchazečů o zaměstnání" (podpory v nezaměstnanosti) vystaveného příslušným úřadem práce, nebo kopie potvrzení, že jste veden/a v evidenci uchazečů o zaměstnání a pobíráte dávky sociálního zabezpečení či státní sociální podpory
- Kopie všech pracovních smluv včetně všech uzavřených dodatků prokazujících nepřetržité trvání pracovního poměru po dobu 12 měsíců před počátkem pojištění (tj. před podpisem úvěrové smlouvy, resp. čerpáním úvěru kartou)
- Kopie smlouvy (smluv) uzavřené se společností Home Credit a.s.

Pokud jste byl/a před evidencí na úřadu práce osobou **samostatně výdělečně činnou**, přiložte k vyplněnému a podepsanému formuláři následující dokumenty a odešlete jej na adresu ČP ZDRAVÍ.

- Kopie dokladu o ukončení samostatné výdělečné činnosti
- Kopie dokladu prokazujícího důvod ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti
- Kopie "Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení uchazečů o zaměstnání" (podpory v nezaměstnanosti) vystaveného příslušným úřadem práce, nebo kopie potvrzení, že jste veden/a v evidenci uchazečů o zaměstnání a pobíráte dávky sociálního zabezpečení či státní sociální podpory
- Kopie výpisu z příslušného registru prokazující nepřetržité trvání výkonu Vaší samostatné výdělečné činnosti po dobu 12 měsíců před počátkem pojištění (tj. před podpisem úvěrové smlouvy, resp. čerpáním úvěru kartou)
- Kopie smlouvy (smluv) uzavřené se společností Home Credit a.s.

Náklady na vystavení potřebných dokumentů nese pojištěný.