

**část A. Údaje o pojištěném (vyplňuje pojištěný)**Číslo úvěrové smlouvy  
(smluv) se společností \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Home Credit a.s.

Příjmení \_\_\_\_\_ Jméno \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa (ulice, místo, PSČ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Datum čerpání úvěru \_\_\_\_\_ Datum přiznání  
plné invalidity \_\_\_\_\_Ošetřující (praktický) lékařPříjmení, jméno lékaře \_\_\_\_\_ Telefon  
lékaře \_\_\_\_\_

Adresa lékaře \_\_\_\_\_

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

Žádám o výplatu pojistného plnění (vyberte pouze jednu možnost)

 na výše uvedenou adresu pojištěného na účet číslo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ kód banky \_\_\_\_\_

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete jej na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenou níže.

- Kopie rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu, na základě kterého byl pojištěnému přiznán plný invalidní důchod
- Kopie záznamu jednání o posouzení zdravotního stavu pojištěného (doklady z Okresní správy sociálního zabezpečení)
- Ověřená kopie Rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu z České správy sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého je plný invalidní důchod přiznán a vyplácen
- Kopie dokladu o ukončení výkonu zaměstnání (zaměstnanci) nebo samostatné výdělečné činnosti (podnikatelé)
- Lékařem vyplněná část B) tohoto oznámení
- Kopie úvěrové smlouvy (smluv) uzavřené se společností Home Credit a.s.

**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.

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 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 účelové 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.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis pojištěného \_\_\_\_\_

**část B. Lékařská zpráva (vyplňuje ošetřující lékař)****Pacient**

Příjmení  Jméno   
Rodné číslo  /

**Zdravotní stav pacienta**Plná invalidita přiznána od 

Diagnóza, pro kterou byla invalidita přiznána (v případě více diagnóz uveďte jejich procentní podíl)

Datum prvního záchytu  
onemocnění/vzniku úrazu

▶ Diagnóza 1	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 2	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 3	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 4	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 5	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V  dne Razítko a podpis  
lékaře*Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient).*