

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 _____ Počátek pracovní
neschopnosti _____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 řádně vyplněného II. dílu „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“ (tzv. státní neschopenky) s uvedením čísla diagnózy, vyznačením počátku pracovní neschopnosti, termínů pravidelných kontrol a adresy lékaře
- Propouštěcí zpráva z nemocnice (pokud došlo k hospitalizaci)
- Lékařem vyplněná část B) tohoto oznámení
- Zaměstnavatelem potvrzená část C) tohoto oznámení (jste-li zaměstnanec), nebo kopie Živnostenského listu (jste-li podnikatel)
- 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 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.

V _____ dne _____ Podpis pojištěného _____

část B. Lékařská zpráva (vyplňuje lékař)**Pacient**Příjmení Jméno
Rodné číslo / **Zdravotní stav pacienta**Počátek pracovní neschopnosti Práce schopen od Diagnóza pracovní neschopnosti Pracovní neschopnost byla způsobena nemocí úrazem Jde o první záchyt onemocnění nebo úrazu ano ne Datum prvního záchytu Jde o následky úrazu z minulosti ano ne Datum vzniku úrazu Došlo během léčení ke změně diagnózy ano ne na jakou a kdy

Souvisí současná pracovní neschopnost s následujícím onemocněním nebo následky níže uvedených onemocnění:

▶ onemocnění páteře ano ne ▶ únavový syndrom ano ne ▶ problémy psychického rázu ano ne Došlo k pracovní neschopnosti následkem požití alkoholu, omamných látek či nesprávných dávek léků ano ne Průběh a způsob léčení Komplikace Byl pacient v uplynulém roce v pracovní neschopnosti delší než 30 dnů ano ne , pokud ano, uveďte:▶ počátek pracovní neschopnosti práce schopen od Pacient má ZPS od diagnóza nebo je v jednání ano DIČ od diagnóza nebo je v jednání ano ID od diagnóza nebo je v jednání ano V dne Razítko a podpis
lékaře

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient).

část C. Potvrzení o trvání pracovního poměru (vyplňuje zaměstnavatel)

Tímto potvrzujeme, že pan/paní _____

Rodné číslo _____ / _____

- ▶ je ke dni vystavení tohoto potvrzení zaměstnancem naší firmy s pracovním poměrem uzavřeným na dobu neurčitou. Je-li pracovní poměr sjednán na dobu určitou nebo byl-li ze strany zaměstnavatele nebo zaměstnance podán podnět k ukončení pracovního poměru (dohoda o rozvázání pracovního poměru, výpověď atd.), pracovní poměr skončí dnem _____
- ▶ a neběží u něj (ní) výpovědní lhůta. Pokud výpovědní lhůta běží, pracovní poměr končí ke dni _____

Potvrzení je vydáváno v souladu s ustanovením § 314 odst. 2 zákoníku práce s výslovným souhlasem zaměstnance, což zaměstnanec stvrzuje svým podpisem, a je určeno pro pojistitele za účelem šetření a likvidace pojistné události.

V _____ dne _____

Podpis pojištěného _____

Razítko a podpis
zaměstnavatele