

časť A. Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)

Číslo úverovej zmluvy (zmlúv) so spoločnosťou Home Credit Slovakia _____ Rodné číslo _____ / _____

Priezvisko _____ Meno _____

Kontaktná adresa (ulica, obec, PSČ) _____

E-mail _____ Telefón _____

Dátum čerpania úveru _____ Počiatok pracovnej neschopnosti _____

Ošetrujúci (praktický) lekár

Priezvisko, 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 riadne vyplneného Potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti s uvedením čísla diagnózy, vyznačením začiatku pracovnej neschopnosti, pravidelných kontrol a adresy lekára
- Prepúšťacia správa z nemocnice (ak došlo k hospitalizácii)
- Lekárom vyplnená časť B) tohto oznámenia
- Zamestnávateľom potvrdená časť C) tohto oznámenia (ak ste zamestnanec), alebo kópia Živnostenského listu (ak ste podnikateľ)
- 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, zdravotníckeho 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 _____

časť B. Lekárska správa (vyplňuje lekár)**Pacient**Priezvisko _____ Meno _____
Rodné číslo _____ / _____**Zdravotný stav pacienta**Počiatok pracovnej neschopnosti _____ Práce schopný od _____
Diagnóza pracovnej neschopnosti _____ Pracovná neschopnosť bola spôsobená chorobou úrazom
Ide o prvý záchyt ochorenia alebo úrazu áno nie Dátum prvého záchytu _____
Ide o následky úrazu z minulosti áno nie Dátum vzniku úrazu _____
Došlo behom liečenia ku zmene diagnózy áno nie na akú a kedy _____

Súvisí súčasná pracovná neschopnosť s nasledujúcim ochorením alebo následkami nižšie uvedených ochorení:

- ▶ ochorenie chrbtice áno nie
- ▶ únavový syndróm áno nie
- ▶ problémy psychického charakteru áno nie

Došlo k pracovnej neschopnosti následkom požití alkoholu, omamných látok či nesprávnych dávok liekov áno nie

Priebeh a spôsob liečenia _____

Komplikácie _____

Bol pacient v uplynulom roku v pracovnej neschopnosti dlhšej ako 30 dní áno nie , ak áno, uvedte:

▶ počiatok pracovnej neschopnosti _____ práce schopný od _____

Pacient má ZPS od _____ diagnóza _____ alebo je v konaní áno Invalidný dôchodok priznaný pre pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 % áno o viac ako 70 % áno od _____ diagnóza _____ alebo je v konaní áno

V _____ dňa _____

Pečiatka a podpis
lekára

Náklady na vystavenie tohoto potvrdenia nesie poistený (pacient).

časť C. Potvrdenie o trvaní pracovného pomeru (vyplňuje zamestnávateľ)

Týmto potvrdzujeme, že pán/pani _____

Rodné číslo _____ / _____

- ▶ je ku dňu vystavenia tohoto potvrdenia zamestnancom našej firmy s pracovným pomerom uzatvoreným na dobu neurčitú. Ak je pracovný pomer zjednaný na dobu určitú alebo ak bol zo strany zamestnávateľa alebo zamestnanca podaný podnet na ukončenie pracovného pomeru (dohoda o rozviazaní pracovného pomeru, výpoveď atď.), pracovný pomer skončí dňom _____
- ▶ a nebeží u neho výpovedná lehota. Ak výpovedná lehota beží, pracovný pomer končí ku dňu _____

Potvrdenie je vydávané v súlade s ustanovením § 75 ods. 4 zákonníka práce so súhlasom zamestnanca, čo zamestnanec potvrdzuje svojím podpisom a je určené pre poisťiteľa za účelom šetrenia a likvidácie poistnej udalosti.

V _____ dňa _____

Podpis poisteného: _____

Pečiatka a podpis
zamestnávateľa: