ČP ZDRAVÍ

Oznámenie poistnej udalosti
SMRŤ NÁSLEDKOM ÚRAZU

Údaje o poistenom *(vyplňuje pozostalý)*

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

Priezvisko _____ Meno _____

Adresa (ulica, obec, PSČ): _____

Dátum čerpania úveru _____ Dátum úmrtia _____

Ošetrujúci (praktický) lekár

Priezvisko, meno lekára _____ Telefón lekára _____

Adresa lekára _____

Údaje o pozostalom *(vyplňuje pozostalý)*

Priezvisko _____ Meno _____

Kontaktná adresa (ulica, obec, PSČ) _____

E-mail _____ Telefón _____

Vyplňte len vtedy, ak bolo úverovou zmluvou zjednané poistenie výdavkov ***IDEAL BENEFIT, PLUS, PREMIUM*** *alebo* ***STANDARD:***

Váš vzťah k poistenému ☐ manžel/ka ☐ dieťa ☐ rodič ☐ iný - uveďte _____

Priezvisko, meno a adresa notára povereného vybavovaním pozostalostného konania _____
(vyplňte v prípade, že notár bol už k danému konaniu určený)

Ak som podľa zákona* oprávnenou osobou, žiadam o výplatu poistného plnenia (*vyberte len jednu možnosť*)

☐ na hore uvedenú adresu pozostalého

☐ na účet číslo IBAN _____

SWIFT _____

** Právo na poistné plnenie môže uplatniť iba k tomu oprávnená osoba a len takej osobe poistiteľ poskytne poistné plnenie. Ak nie je taká osoba určená, vznikne právo osobám určeným v § 51 zákona Českej republiky č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platnom znení.*

K vyplnenému a podpísanému formuláru priložte nasledujúce dokumenty a odošlite ich na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenú nižšie.
V prípade, že k poistnej udalosti došlo mimo územia SR, priložte aj úradne overené preklady príslušných dokumentov do slovenského alebo českého jazyka.

- Kópia úmrtného listu
- Kópia listu o ohliadke mŕtveho
- Kópia pitevnej správy (ak bola vykonaná pitva)
- Kópia policajného protokolu (v prípade, že k úmrtiu došlo v súvislosti s dopravnou nehodou alebo spáchaním trestného činu)
- Kópia úverovej zmluvy (zmlúv) uzavreté so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.

Prehlásenie pozostalého

Prehlasujem, že svoje osobné údaje v rozsahu ako je uvedené vyššie poskytujem dobrovoľne a súhlasím s ich spracovávaním za účelom šetrenia poistnej udalosti z poistenia dohodnutého medzi spoločnosťami Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. a Home Credit Slovakia, a.s.

V _____ dňa _____ Podpis pozostalého _____

Náklady na vystavenie príslušných potvrdení nesie pozostalý.

Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.
Kontaktná adresa pre SR: Teplická 7434/147, 921 22 Piešťany, www.zdravi.cz/sk, info@zdravi.cz
Adresa sídla: Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10, Česká republika