

Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Bydlisko:	Telefón:
Úverová zmluva:	Škodová udalosť:

Oznámenie poistnej udalosti
INVALIDITA

časť A. VYPLNÍ POISTENÝ (doplňte požadované údaje)

Dátum čerpania úveru:	
Dátum priznania invalidity:	Dátum priznania nároku na preukaz ŤZP:

Ošetrojúci (praktický) lekár:

Priezvisko, meno: _____ Telefón: _____

Adresa lekára: _____ e-mail: _____

Žiadosť o výplatu poistného plnenia na účet:

Žiadam o výplatu poistného plnenia prevodom finančných prostriedkov na účet:

							-									/				
predčísle (ak je uvedené)						číslo účtu						kód banky								

Bezhotovostné spracovanie platieb umožní skrátenie termínu výplaty o niekoľko dní.
Prehlásenie poisteného:

Prehlasujem, že som pred dojednaním poistenia dostal/a informácie určené pre záujemcov o poistenie stanovené zákonom Českej republiky č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v znení neskorších predpisov, a bol/a som poistníkom (t.j. spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.) oboznámený/á s obsahom príslušnej poistnej zmluvy*, ako aj s obsahom príslušných poistných podmienok. Súčasne potvrdzujem, že som k začiatku poistenia splnil/a podmienky stanovené pre prijatie do poistenia.

Prehlasujem, že súhlasím, aby poisťovňa (Česká poisťovňa ZDRAVÍ a.s.) získavala a spracúvala údaje o mojom zdravotnom stave a preskúmavala môj zdravotný stav alebo príčinu smrti, a to počas doby nevyhnutnej pre realizáciu a ochranu práv a povinností z poistenia. Zároveň oprávňujem všetkých oslovených lekárov, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, záchrannú službu, verejnú zdravotnú poisťovňu, orgány sociálneho zabezpečenia, políciu a ďalšie orgány činné v trestnom konaní tieto údaje poisťovne oznamovať, a to prostredníctvom povereného zdravotníckeho zariadenia.

Som si vedomý/a skutočnosti, že poisťovňa je oprávnená identifikovať účastníkov poistenia a spracúvať osobné údaje poistených za účelom správy poistenia a šetrenia poistných udalostí.

* Príslušnou poistnou zmluvou sa rozumie v prípade:

- poistenia úverových splátok poistná zmluva c. 19100694 na skupinové poistenie dlžníkov zo zmluvy o úvere dohodnutom so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s.
- poistenia výdavkov (Baličky ŠTANDARD, EASY, PLUS, PREMIUM, BASIC, CLASSIC a EXTRA) poistná zmluva c. 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.

Dátum:	Podpis poisteného:
--------	--------------------

K vyplnenému a podpísanému formuláru priložte nasledujúce dokumenty a odošlite ich na kontaktnú adresu:

- Lekárom vyplnená časť B. tohto formulára
- Kópia záznamu jednania o posúdení zdravotného stavu poisteného / kópia posudku o poklese pracovnej schopnosti
- Kópia rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku (pre Baličky ŠTANDARD, EASY, PLUS, PREMIUM)
- Kópia rozhodnutia o priznaní nároku na preukaz ŤZP (pre Baličky BASIC, CLASSIC, EXTRA)

LEKÁRSKA SPRÁVA

časť B. VYPLNÍ LEKÁR (podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie)

Pacient/ka:

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Zdravotný stav pacienta/ky:**Invalidita** ÁNO NIE *ak ÁNO, ďalej uveďte:*

Invalidita priznaná pre pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

o viac ako 40 % ÁNO NIE od (dátum): _____o viac ako 70 % ÁNO NIE od (dátum): _____

Diagnóza, kvôli ktorej bola invalidita priznaná

(v prípade viacerých diagnóz uveďte ich percentuálny podiel)

Dátum prvého záchytu
choroby/vznik úrazu

Diagnóza 1: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 2: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 3: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 4: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 5: _____ Percentuálny podiel: _____

Preukaz ŤZP ÁNO NIE *ak ÁNO, ďalej uveďte:*

Preukaz ŤZP priznaný od: _____

Preukaz ŤZP priznaný pre: chorobu úraz

Diagnóza (zn. MKN-10 i slovne): _____

Ide o prvý záchyt ochorenia alebo úrazu ÁNO NIE Dátum prvého záchytu: _____Ide o následky úrazu z minulosti ÁNO NIE Dátum vzniku úrazu: _____

Súvisí priznanie preukazu ŤZP s nasledujúcim ochorením alebo jeho následkami:

• ochorenie chrbtice ÁNO NIE

Dátum prvého záchytu: _____ Dátum operácie: _____

• problémy psychického charakteru ÁNO NIE

Dátum vystavenie:

Pečiatka a podpis lekára:

Náklady na vystavenie tohto potvrdenia nesie poistený (pacient/ka).