ČP ZDRAVÍ

Jméno a příjmení pojištěného:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Úvěrová smlouva:	Škodná událost:

Oznámení pojistné události

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

část A. VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (doplňte požadované údaje)

Datum čerpání úvěru:	Počátek pracovní neschopnosti:

Ošetřující (praktický) lékař:

Příjmení, jméno: _____ Telefon: _____

Adresa: e-mail:

Žádost o výplatu pojistného plnění na účet:

Žádám o výplatu pojistného plnění převodem finančních prostředků na bankovní účet:

							–													/				

předčíslí (je-li uvedeno) číslo účtu kód banky

Bezhotovostní zpracování plateb umožní zkrácení termínu výplaty o několik dní.

Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že jsem před sjednáním pojištění obdržel/a informace určené pro zájemce o pojištění stanovené platným zněním zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, a byl/a pojistníkem (tj. společností Home Credit a.s.) seznámen/a s obsahem příslušné pojistné smlouvy*, jakož i s obsahem příslušných pojistných podmínek. Současně potvrzuji, že jsem k počátku pojištění splnil/a 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/a 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 nebo PREMIUM 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.*

Datum: Podpis pojištěného:

ČP ZDRAVÍ

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete je do ČP ZDRAVÍ:

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

POTVRZENÍ O TRVÁNÍ PRACOVNÍHO POMĚRU

část B. VYPLNÍ ZAMĚSTNAVATEL

Tímto potvrzujeme, že pan/í: _____

Rodné číslo: _____

je ke dni vystavení tohoto potvrzení zaměstnancem naší firmy s pracovním poměrem na dobu:

☐ neurčitou
☐ určitou, pracovní poměr skončí dnem: _____

Ke dni vystavení tohoto potvrzení výpovědní lhůta:

☐ neběží
☐ 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.

Podpis pojištěného:	
Datum vystavení:	Razítko a podpis zaměstnavatele:

ČP ZDRAVÍ

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

část C. VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Pacient/ka:

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo:

Zdravotní stav pacienta/ky:

Počátek pracovní neschopnosti: _____ Práce schopen/na od: _____

Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně): _____

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 jeho následky:

- onemocnění páteře ANO ☐ NE ☐
- problémy psychického rázu ANO ☐ NE ☐

Průběh a způsob léčení:

Komplikace:

Pacient/ka má:

ZPS ☐ od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání ☐

ID ☐ od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání ☐

Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře:

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient/ka).