

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

Oznámení pojistné události
INVALIDITA TŘETÍHO STUPNĚ

část A. VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (doplňte požadované údaje)

Datum čerpání úvěru:	Datum přiznání invalidity 3. stupně:																																		
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:																																			
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									-	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				/	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
předčísí (je-li uvedeno)		číslo účtu		kód banky																															
<i>Bezhotovostní zpracování plateb umožní zkrácení termínu výplaty o několik dní.</i>																																			
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 pojištěním (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, PREMIUM, STANDARD nebo EASY 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:																																		

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

- Kopie Posudku o invaliditě vydaného příslušnou Okresní správou sociálního zabezpečení (OSSZ)
- Kopie Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně z České správy sociálního zabezpečení
- Lékařem vyplněná část B. tohoto formuláře

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

část B. VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Pacient/ka: Jméno a příjmení: _____ Rodné číslo: _____	
Zdravotní stav pacienta/ky: Invalidita 3. stupně přiznána od: _____	
Diagnóza, pro kterou byla invalidita 3. stupně přiznána (v případě více diagnóz uveďte jejich procentní podíl)	
Diagnóza 1: _____ Procentní podíl: _____	Datum prvního záchytu onemocnění/vzniku úrazu
Diagnóza 2: _____ Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 3: _____ Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 4: _____ Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 5: _____ Procentní podíl: _____	_____
Datum vystavení: _____	Razítko a podpis lékaře: _____

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