

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 lékaře:

**Žádost o výplatu pojistného plnění na účet:**

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

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									-	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>													/	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				

předčísloví (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 informace určené pro zájemce o pojištění stanovené platným zněním zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, a byl jsem pojistníkem (tj. společností Home Credit a.s.) seznámen s obsahem příslušné pojistné smlouvy\*, jakož i s obsahem příslušných pojistných podmínek. Současně potvrzuji, že jsem k počátku pojištění splnil 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 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 nebo STANDARD 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 prosím následující dokumenty a odešlete je na adresu ČP ZDRAVÍ.

- Kopie Posudku o invaliditě vydaného příslušnou Okresní správou sociálního zabezpečení (OSSZ) nebo kopie Záznamu o jednání příslušné OSSZ o posouzení zdravotního stavu za účelem přiznání invalidity 3. stupně, případně kopie rozhodnutí přísl. soudu o přiznání invalidity 3. stupně
- Ověřená kopie Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně z České správy sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého je invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně přiznán a vyplácen
- Kopie dokladu o ukončení výkonu zaměstnání (zaměstnanci) nebo samostatné výdělečné činnosti (podnikatelé)
- Lékařem vyplněná část B. tohoto oznámení
- Kopie úvěrové smlouvy (smluv) uzavřené se společností Home Credit a.s.

**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

část B. VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

**Pacient:**

Příjmení: \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

**Zdravotní stav pacienta:**

Invalidita 3. stupně přiznána od \_\_\_\_\_

Diagnóza, pro kterou byla invalidita 3. stupně přiznána  
(v případě více diagnóz uveďte jejich procentní podíl)Datum prvního zachytu  
onemocnění/vzniku úrazu

Diagnóza 1: \_\_\_\_\_ Procentní podíl: \_\_\_\_\_

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).