

## OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ZTRÁTA ZAMĚŠTNÁNÍ

Pojištěný (jméno a příjmení):	
Datum narození:	Rodné číslo:
Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet:	

K jakému datu s Vámi zaměstnavatel rozvázal pracovní poměr = uveďte datum skončení pracovního poměru (den, měsíc, rok):		
K jakému datu jste obdržel od zaměstnavatele písemné vyrozumění o ukončení pracovního poměru = uveďte datum, kdy jste obdržel vyrozumění o rozvázání pracovního poměru (den, měsíc, rok)?		
Došlo k rozvázání pracovního poměru ze zdravotních důvodů? (doložte, prosím, lékařskou zprávu)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře (jméno, adresa, telefonní spojení):		
Název, adresa a telefonní číslo zaměstnavatele, kde jste byl (a) naposledy zaměstnán (a):		

Vaše kontaktní adresa:	
Telefon:	E-mail:  Uvedením e-mailové adresy souhlasím s jejím použitím pojišťovnou pro komunikaci týkající se této škodné události.
Číslo Vašeho bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění: <i>(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)</i>	

Podpisem tohoto tiskopisu prohlašuji, že jsem majitelem výše uvedeného účtu.

V případě, že majitelem výše uvedeného účtu je jiná osoba uveďte následující údaje jeho majitele

Jméno a příjmení:	
Rodné číslo ( nemá-li, pak datum narození)	
Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo, město, PSČ)	
Státní příslušnost:	

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu **BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a.s.**, spolu s následujícími dokumenty:

- kopie úvěrové smlouvy nebo žádosti o úvěr (kompletní znění), ke které máte uzavřeno pojištění pro případ ztráty zaměstnání, včetně přihlášky do pojištění
- kopie poslední pracovní smlouvy včetně všech podepsaných dodatků k pracovní smlouvě, ze které uplatňujete pojistnou událost
- kopie dokladu o rozvázání pracovního poměru (výpověď z pracovního poměru)
- kopie Rozhodnutí o přiznání podpory v nezaměstnanosti (hmotného zabezpečení)
- kopie potvrzení, že jste veden(a) v evidenci Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání (toto potvrzení Vám Úřad práce vystaví na Vaši žádost)
- kopie všech pracovních smluv uzavřených na dobu určitou nebo neurčitou včetně podepsaných dodatků k pracovním smlouvám

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:

Prohlašuji, že mnou uvedené informace jsou úplné a pravdivé, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv na šetření pojistné události a stanovení výše pojistného plnění. Potvrzuji, že jsem seznámen/a s rámcovou pojistnou smlouvou uzavřenou mezi Maxima pojišťovnou, a.s. a pojistníkem, kterou se pojištění řídí. Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, které je jejich součástí, a beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů a údajů o zdravotním stavu je nezbytné pro výkon pojišťovací činnosti a plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy. Souhlasím, aby pojistitel, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení zjišťovali, získávali a zpracovávali informace a údaje o mém zdravotním stavu. Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká a dále se neprovádí šetření škodní resp. pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění. Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní resp. pojistné události pojistitel, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získával informace o mém zdravotním stavu prostřednictvím lékařských zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných od kteréhokoli poskytovatele zdravotních služeb, který mi poskytl zdravotní službu. Souhlasím též s tím, že se na žádost pojistitele podrobím absolvování prohlídky nebo lékařského vyšetření provedeného lékařským zařízením, které pojistitel, administrátor pojistných událostí určí. Zprošťuji poskytovatele zdravotnických služeb povinnosti mlčenlivosti o skutečnostech, které se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mé osobě, a opravňuji je ke sdělování těchto skutečností pojistiteli nebo administrátorovi pojistných událostí pro účely šetření a likvidace škodní resp. pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojistitele a administrátora pojistných událostí, aby si vyžádali informace od zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mi byly poskytnuty. Souhlasím též s tím, aby pojistitel nebo administrátor pojistných událostí zjišťoval údaje o mém nemocenském a důchodovém pojištění, a zbavuji orgány sociálního zabezpečení povinnosti zachovávat o těchto údajích mlčenlivost. Souhlasím, aby případné pojistné plnění bylo poukázáno přímo pojistníkovi, pokud je dle rámcové pojistné smlouvy oprávněnou osobou, nebo na výše uvedený bankovní účet.

V..... dne ..... Podpis oznamovatele: .....

Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci ([www.adr.coi.cz](http://www.adr.coi.cz)). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu před Českou obchodní inspekci je skutečnost, že se stěžovatel nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

**Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:**