

## OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ZTRÁTA ZAMĚŠTNÁNÍ

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

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 NE

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:**

(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)

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 MAXIMA pojišťovny, a.s., spolu s následujícími dokumenty:**

- kopie poslední pracovní smlouvy/jmenování do služebního poměru včetně všech podepsaných dodatků k pracovní smlouvě/služebnímu poměru, ze které uplatňujete pojistnou událost
- kopie dokladu o rozvázání pracovního poměru (výpověď z pracovního poměru) / doklad o ukončení (zániku) služebního 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)
- případně další dokumenty, které si pojišťovna vyžádá.



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. (dále jen „pojišťovna“) a pojistníkem Zonky (dále jen „pojistník“), kterou se pojištění řídí.

Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, které je její součástí, a beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů je nezbytné pro výkon pojišťovací činnosti a plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy. Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká a dále se neprovádí šetření škodní resp. pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění.

Souhlasím s tím, aby pojišťovna zjišťovala 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 na výše uvedený bankovní účet.

V  dne

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra ([www.financniarbitr.cz](http://www.financniarbitr.cz)). 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 je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.