

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ZTRÁTA ZAMĚSTNÁNÍ

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.

Jako pojištěná osoba:

- Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, uvedeném na webových stránkách pojišťovny, a beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů je nezbytné pro výkon pojišťovací činnosti a plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy.
- 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). Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci (www.adr.coi.cz) nebo na Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven (www.ombudsmanacap.cz). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

