

## OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ZTRÁTA ZAMĚSTNÁNÍ

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo všech úvěrových smluv, ke kterým máte sjednáno 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](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)) nebo na Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven ([www.ombudsmancap.cz](http://www.ombudsmancap.cz)). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

