

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – ZTRÁTA PŘÍJMU

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/služební poměr / jste ukončila/a činnost OSVČ = **uved'te datum skončení pracovního/služebního poměru / ukončení činnosti OSVČ** (den, měsíc, rok):K jakému datu jste obdržel/a od zaměstnavatele písemné vyrozumění o rozvázání pracovního/služebního poměru = **uved'te datum, kdy jste obdržel/a vyrozumění o rozvázání pracovního/služebního poměru** (den, měsíc, rok):Došlo k rozvázání pracovního/služebního poměru ze zdravotních důvodů? ANO NE
(doložte, prosím, lékařskou zprávu)

Uved'te důvod ukončení činnosti OSVČ

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 bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění:

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

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu MAXIMA pojišťovny, a.s., spolu s následujícími dokumenty:

- kopie smlouvy o úvěru (kompletní znění), ke které máte uzavřeno pojištění pro případ ztráty příjmu
- kopie poslední pracovní smlouvy/smlouvy o služebním poměru včetně všech podepsaných dodatků, ze které uplatňujete pojistnou událost
- kopie dokladu o rozvázání pracovního poměru (výpověď z pracovního poměru)/dokladu o ukončení 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)
- kopie dokladu o ukončení činnosti OSVČ
- kopie dokladu, kterým prokazujete důvod ukončení činnosti OSVČ
- 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:

- 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. Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká a dále se neprovádí šetření škodní resp. pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění.
- Souhlasím též s tím, aby pojišťovna nebo administrátor pojistných událostí zjišťovali 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.

Oznamovatel pojistné události, pokud je odlišný od pojištěného (jméno a příjmení)

Rodné číslo

Kontaktní adresa

Telefon

E-mail

Uvedením údajů souhlasím s jejich použitím pojišťovnou pro zpracování a komunikaci týkající se této škodné události.

Podpis pojištěného/oznamovatele

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.ombudsmancap.cz). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

