

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
STRATA ZAMESTNANIA POISTENÉHO**

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing, spol. ...): .....

Číslo zmluvy / poistenia: .....

Meno a priezvisko, Rodné číslo poisteného: .....

Telefónne číslo poisteného: .....

Kontaktná adresa poisteného: .....

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): .....

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (predčíslenie, účet, kód banky), názov banky: .....

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom)  nie  áno  
a to na túto e-mailovú adresu .....

Ku ktorému dátumu s Vami zamestnávateľ rozviazal pracovný pomer (dátum skončenia pracovného pomeru): .....

Kedy ste obdržali od zamestnávateľa písomné vyrozumienie o rozviazaní pracovného pomeru (deň, mesiac, rok): .....

Uveďte prosím: adresu, tel. č. a názov zamestnávateľa, u ktorého došlo k rozviazaniu pracovného pomeru:

Dôvod rozviazania pracovného pomeru: .....

Uveďte údaje o predchádzajúcom zamestnávateľovi (názov, adresa, tel.č. a doba trvania pracovného pomeru):

Uveďte údaje o úrade práce, sociálnych vecí a rodiny (adresa a od ktorého dátumu (deň, mesiac, rok) ste registrovaný(á) na úrade práce ako evidovaný(á) nezamestnaný(á) – ste vedený(á) v evidencii uchádzačov o zamestnanie): .....

**K vyplnenému formuláru priložte:**

- kópiu pracovnej zmluvy vrátane prípadného dodatku s uvedením zmeny pracovného pomeru na dobu neurčitú
- kópiu dokladu o rozviazaní pracovného pomeru
- kópiu potvrdenia zo sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory (dávky) v nezamestnanosti (odôvodnenie nepriznania podpory)
- kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste bol (-a) zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)
- kópiu potvrdenia o zápočte rokov
- kópiu zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti Poistovňa Cardif Slovakia, a.s.

Prehlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek môj neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa môjho pracovného pomeru a straty zamestnania. Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Svojím podpisom zároveň dávam súhlas Poisťovni Cardif Slovakia, a.s. na spracovanie mojich osobných údajov v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z., o ochrane osobných údajov v platnom znení, a to za účelom poistenia (resp. likvidácie poistných udalostí).

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis poisteného \_\_\_\_\_