

**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. ...):
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo úveru / poistenia:
Meno a priezvisko: Rodné číslo poisteného:
Kontaktná adresa poisteného: Štátna príslušnosť poisteného:
Telefónne číslo poisteného: Číslo dokladu totožnosti
Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky

.....- podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu.

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno nie

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):
Uvedte prosím: adresu, tel. č. a názov zamestnávateľa, u ktorého došlo k rozviazaniu pracovného pomeru:
.....
Dôvod rozviazania pracovného pomeru:
.....
Uvedte údaje o predchádzajúcom zamestnávateľovi (názov, adresa, tel.č. a doba trvania pracovného pomeru):
.....
Uvedte 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 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 neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Svojim podpisom zároveň dávam súhlas Poistovni Cardif Slovakia, a.s. Plynárenská 7/C, 821/09 Bratislava, IČO: 36 534 978 (ďalej len „Poistovňa Cardif“) na spracovanie mojich osobných údajov v zmysle zákona č. 122/2013 Z.z., o ochrane osobných údajov v platnom znení uvedených v tomto oznámení, a to za účelom likvidácie poistnej udalosti. Tiež súhlasím s cezhraničným prenosom mojich osobných údajov členom skupiny BNP Paribas. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky. Súhlasím s tým, aby Poistovni Cardif boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave, resp. strate zamestnania v rozsahu, ktorý požaduje, za účelom vyšetrovania a vybavenia poistnej udalosti. Za týmto účelom splnomocňujem mojich ošetrovúcich lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči Poistovni Cardif. Tiež splnomocňujem zamestnávateľa na poskytnutie informácií o pracovnom pomere Poistovni Cardif.

Dátum _____

Podpis poisteného _____