

**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 vyrozumenie 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 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
- doklad o rozviazaní pracovného pomeru
- 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.

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke Poisťovne Cardif Slovakia, a.s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Informácia o ochrane osobných údajov.

Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem Poisťovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene vyžiadala od zamestnávateľov (súčasného i predchádzajúcich), príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a Sociálnej poisťovne všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho pracovného pomeru.

Dátum _____

Podpis poisteného _____