

Číslo smlouvy

Číslo škodné události

Pojištěný

Příjmení		Jméno	
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)	
Ulice			
Č.p.	PSČ	Obec	

Všeobecné údaje

– Prosíme vyplňte oznámení ve všech kolonkách a přiložte níže uvedené doklady, které se vztahují k Vašemu případu.

Poslední zaměstnání

Název a adresa zaměstnavatele

Zaměstnán na hlavní pracovní poměr od do

Pracovní zařazení

Ukončení prac. poměru

Pracovní poměr byl ukončen k

Důvod výpovědi

Jste registrován na úřadu práce?

Datum registrace

Adresa úřadu práce, kde jste registrován

Pobíráte podporu v nezaměstnanosti?

ano ne od do

Pobíráte podporu nahrazující podporu v nezaměstnanosti?

ano ne od do

Pobíráte jiné dávky sociálního charakteru?

ano ne Jaké?
od do

Pojistné plnění zašlete na

kód banky č. účtu spec. symbol
nebo na adresu

Přiložte prosím:

- Kopii pracovní smlouvy s posledním zaměstnavatelem
- Kopii dokladu o ukončení pracovního poměru
- Kopii registrace na pracovním úřadu a dokladu o výplatě dávek v nezaměstnanosti
- Kopii dokladu, od kdy je Vám vyplácena podpora, nahrazující podporu v nezaměstnanosti
- Kopii dokladu, od kdy pobíráte jiné sociální dávky

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k hlášení o nedobrovolné ztrátě zaměstnání vyplnil(a) pro pojistitele pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškeré potřebné podklady u bývalého zaměstnavatele, správních orgánů, policie či jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracoval a uchovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Zároveň tímto dávám souhlas, aby pojistné plnění v případě, že nejsem oprávněnou osobou pro příjem pojistného plnění, bylo poukázáno právnícké nebo fyzické osobě dle pojistné smlouvy a platných právních předpisů.