

**OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ZTRÁTA ZAMĚŠTNÁNÍ**

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet

Rodné číslo

K jakému datu s Vámi zaměstnavatel rozvázal pracovní poměr = **uved'te datum skončení pracovního poměru** (den, měsíc, rok):K jakému datu jste obdržel od zaměstnavatele písemné vyrozumění o ukončení pracovního poměru = **uved'te datum, kdy jste obdržel vyrozumění o rozvázání pracovního poměru** (den, měsíc, rok)?Došlo k rozvázání pracovního poměru ze zdravotních důvodů?  
(doložte, prosím, lékařskou zprávu) ANO NE

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 Vašeho bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění:**

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

Podpisem tohoto tiskopisu prohlašuji, že jsem majitelem výše uvedeného účtu.

V případě, že majitelem výše uvedeného účtu je jiná osoba uveďte následující údaje jeho majitele

Jméno a příjmení:

Rodné číslo ( nemá-li, pak datum narození)

Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo, město, PSČ)

Státní příslušnost

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

- kopie úvěrové smlouvy nebo žádosti o úvěr (kompletní znění), ke které máte uzavřeno pojištění pro případ ztráty zaměstnání, včetně přihlášky do pojištění
- kopie poslední pracovní smlouvy včetně všech podepsaných dodatků k pracovní smlouvě, ze které uplatňujete pojistnou událost
- kopie dokladu o rozvázání pracovního poměru (výpověď z pracovního 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 všech pracovních smluv uzavřených na dobu určitou nebo neurčitou včetně podepsaných dodatků k pracovním smlouvám
- 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. 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. Souhlasím, aby pojistitel, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení zjišťovali, získávali a zpracovávali informace a údaje o mém zdravotním stavu. Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká a dále se neprovádí šetření škodní respektive pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění. Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní respektive pojistné události pojistitel, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získával informace o mém zdravotním stavu prostřednictvím lékařských zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných od kteréhokoli poskytovatele zdravotních služeb, který mi poskytnul zdravotní službu.

Souhlasím též s tím, že se na žádost pojistitele podrobím absolvování prohlídky nebo lékařského vyšetření provedeného lékařským zařízením, které pojistitel, administrátor pojistných událostí určí. Zprošťuji poskytovatele zdravotnických služeb povinnosti mlčenlivosti o skutečnostech, které se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mé osobě, a opravňuji je ke sdělování těchto skutečností pojistiteli nebo administrátorovi pojistných událostí pro účely šetření a likvidace škodní respektive pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojistitele a administrátora pojistných událostí, aby si vyžádal informace od zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mi byly poskytnuty. Souhlasím též s tím, aby pojistitel nebo administrátor pojistných událostí zjišťoval 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.

V  dne

Podpis oznamovatele

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra ([www.financniarbitr.cz](http://www.financniarbitr.cz)). Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci ([www.adr.coi.cz](http://www.adr.coi.cz)). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.