

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI – STRATA PRÍJMU

Poistený (meno a priezvisko)

Dátum narodenia

Číslo zmluvy, ku ktorej máte uzatvorené poistenie schopnosti splácať úver

Rodné číslo

K akému dátumu s Vami zamestnávateľ rozviazal pracovný/služobný pomer / ste ukončili činnosť SZČO = **uvedte dátum skončenia pracovného/služobného pomeru / ukončenie činnosti SZČO** (deň, mesiac, rok):K akému dátumu ste obdržal/a od zamestnávateľa písomné vyrozumie o ukončení pracovného/služobného pomeru = **uvedte dátum, kedy ste obdržal/a vyrozumie o rozviazaní pracovného/služobného pomeru** (deň, mesiac, rok):

Došlo k rozviazaniu pracovného/služobného pomeru zo zdravotných dôvodov? (doložte, prosím, lekársku správu)

 ÁNO NIE

Uvedte dôvod ukončenia činnosti SZČO.

Adresa ošetrojúceho (praktického) lekára (meno, adresa, telefónne spojenie)

Názov, adresa a telefónne číslo zamestnávateľa, kde ste bol/a naposledy zamestnaný/á

Vaša kontaktná adresa:

Telefón

E-mail

Uvedením e-mailovej adresy súhlasím s jej použitím poisťovňou pre komunikáciu týkajúcu sa tejto škodnej udalosti.

Číslo bankového účtu pre príp. výplatu poistného plnenia:

(prosím uvedte celé číslo účtu, vrátane predčíslia a smerového kódu banky)

Tento vyplnený formulár, prosím, zašlite na adresu MAXIMA poisťovňa a.s., spolu s nasledujúcimi dokumentmi:

- kópia Prihlášky do poistenia
- kópia poslednej pracovnej/služobnej zmluvy vrátane všetkých podpísaných dodatkov, z ktorej uplatňujete poistnú udalosť
- kópia dokladu o skončení pracovného pomeru (oznámenie o skončení pracovného pomeru)/doklad o skončení služobného pomeru
- kópia Rozhodnutie o priznaní podpory v nezamestnanosti (hmotného zabezpečenia)
- kópia potvrdenia, že ste vedený(á) v evidencii Úradu práce ako uchádzač o zamestnanie (toto potvrdenie vám Úrad práce vystaví na vašu žiadosť)
- kópia dokladu o ukončení samostatnej zárobkovej činnosti
- kópia dokladu preukazujúceho dôvod ukončenia samostatnej zárobkovej činnosti
- prípadne ďalšie dokumenty, ktoré si poisťovňa vyžiada.



Prehlasujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, a že som nezamlčal/a žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie poistnej udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia.

Ako poistená osoba

- Potvrdzujem, že som zoznámený/á s rámcovou poistnou zmluvou uzavretou medzi Maxima pojišťovnou, a.s. (ďalej len „poisťovňa“) a Home Creditom Slovakia, ktorou sa poistenie riadi.
- Som tiež zoznámený/á s informáciami o spracovaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou rámcovej poistnej zmluvy, a beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov je nevyhnutné pre výkon poisťovacej činnosti a plnenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Súhlasím tiež s tým, aby poisťovňa zisťovala údaje o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, a zbavujem orgány sociálneho zabezpečenia povinnosti zachovávať o týchto údajoch mlčanlivosť.
- Súhlasím, aby prípadné poistné plnenie bolo poukázané na vyššie uvedený bankový účet.

Oznamovateľ poistnej udalosti, pokiaľ je odlišný od poisteného (meno a priezvisko)

Rodné číslo

Kontaktná adresa

Telefón

E-mail

Uvedením údajov súhlasím s ich použitím poisťovňou na spracovanie a komunikáciu týkajúcu sa tejto škodovej udalosti.

Podpis poisteného/oznamovateľa

V

dňa

