

Obchodní firma: ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Právní forma: akciová společnost
Sídlo: Pardubice, Zelené předměstí, Masarykovo náměstí čp. 1458
PSČ: 532 18, Česká republika
IČ: 45534306, DIČ: CZ45534306
zapsána v OR u KS Hradec Králové, oddíl B, vložka 567
(dále jen „pojistitel“)
tel.: 800 100 777, fax: 467 007 444, www.csobpoj.cz

Kontaktní adresa pro oznámení pojistné události

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458
532 18 Pardubice

Oznámení pojistné události

Ztráta zaměstnání

Úvěrová smlouva číslo

Osobní údaje pojištěného (poškozeného, jemuž se událost stala)

Příjmení a jméno pojištěného		Rodné číslo
Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné, obec	PSČ	Telefon domů/zaměstnání

Údaje o události

Váš poslední zaměstnavatel (uveďte název firmy, adresu a místo výkonu práce):

Datum zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání:	Pracovní poměr, resp. služební poměr byl sjednán na dobu neurčitou:	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	Pracovní poměr, resp. služební poměr byl sjednán na dobu určitou:	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Pracovní poměr skončil:	Služební poměr skončil:		
Výpovědi zaměstnavatele z organizačních důvodů	Z organizačních důvodů	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Výpovědi zaměstnavatele z důvodu zdravotního stavu zaměstnance	Z důvodu ztráty zdravotní způsobilosti	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Okamžitým zrušením ze strany zaměstnance z důvodu jeho zdravotního stavu	Jiné důvody skončení služebního poměru. Pokud ANO, jaké?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Dohodou		ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jiné důvody skončení pracovního poměru. Pokud ANO, jaké?		ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

Pojištěný prohlašuje, že v důsledku ztráty zaměstnání není schopen hradit své finanční závazky, vyplývající z výše uvedené úvěrové smlouvy.

Přiložené doklady nutné k zahájení likvidace

Přiloženo		Název dokladu
ANO	NE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úředně ověřená kopie dokladu o skončení pracovního poměru od zaměstnavatele nebo úředně ověřená kopie dokladu o skončení služebního poměru (potvrzení o výkonu služby)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úředně ověřená kopie dokladu o evidenci na úřadu práce
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úředně ověřená kopie potvrzení přiznání dávek podpory v nezaměstnanosti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebo úředně ověřená kopie potvrzení o čerpání dávek nemocenské (pokud nemocenskou čerpáte v době, za níž Vám vzniká nárok na podporu v nezaměstnanosti)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebo úředně ověřená kopie potvrzení přiznání dávek na rekvalifikaci (pokud Vám byly dávky na rekvalifikaci přiznány v době, za níž Vám vzniká nárok na podporu v nezaměstnanosti)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Potvrzení od zaměstnavatele, že pracovní poměr, resp. služební poměr byl na dobu neurčitou
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úředně ověřená kopie dokladu o ukončení evidence na úřadu práce

Pro další potvrzení nároku musí pojištěný každý měsíc dokládat pojistiteli potvrzení o trvání evidence pojištěného na úřadu práce a přiznání dávek podpory v nezaměstnanosti, nebo dávek nemocenské, nebo dávek na rekvalifikaci.

Prohlášení

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.

V dne

Podpis pojištěného