

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ZTRÁTA ZAMĚŠTNÁNÍ

Pojištěný (jméno a příjmení):	
Datum narození:	Rodné číslo:
Název společnosti, u které máte uzavřenu smlouvu/vydání platební kartu, ke které máte sjednáno pojištění rizika ztráty zaměstnání (dále jen „pojistník“):	
Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet:	
K jakému datu s Vámi zaměstnavatel rozvázal pracovní poměr = uveďte datum skončení pracovního poměru (den, měsíc, rok):	
K jakému datu jste obdržel od zaměstnavatele písemné vyrozumění o ukončení pracovního poměru = uveďte 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 <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
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:
Číslo Vašeho bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění: (prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)	

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu **BNP Paribas Cardif 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, ze kterých vyplývá, že jste byl(a) zaměstnán(a) nejméně 12 měsíců před datem sjednání pojištění nebo datem počátku pojištění

Prohlašuji, že mnou poskytnuté informace v Oznámení pojistné události jsou úplné a pravdivé. Prohlašuji dále, že jsem byl/a při sjednání pojištění pro případ ztráty zaměstnání seznámen/a a souhlasím s rámcovou pojistnou smlouvou uzavřenou mezi BNP Paribas Cardif Pojišťovnou, a. s. IČO 25080954 a pojistníkem, včetně příslušných všeobecných pojistných podmínek. Vyslovením souhlasu s rámcovou pojistnou smlouvou a podpisem tohoto Oznámení pojistné události současně uděluji výslovný souhlas pojistiteli v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), aby moje osobní údaje sdělené pojistiteli nebo pojistníkovi byly pojistitelem zpracovány v rámci jeho pojišťovací činnosti a činností souvisejících s pojišťovací činností, jakož i k plnění práv a povinností ze závazkového vztahu a právních předpisů a k ochraně práv a oprávněných zájmů pojistitele, a to po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu zpracování. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu § 11 a 21 Zákona řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, jakož i o svých právech a povinnostech správce a zpracovatelů vyplývajících ze Zákona. Osobní údaje bude zpracovávat pojistitel jako správce, pojistník jako zpracovatel nebo jiná osoba pověřená zpracováním v souladu se Zákonem. Zároveň souhlasím, aby data uvedená v tomto Oznámení nebo sdělená pojistiteli nebo pojistníkovi v souvislosti s pojištěním, byla v souvislosti s uzavřeným pojištěním předávána pojistiteli a pojistníkovi prostřednictvím faxu, el. pošty a PC médií, popř. jinými způsoby umožňujícími bezpečný přenos datových, textových, hlasových a obrazových zpráv, a aby mi těmito způsoby byly zaslány informace týkající se mého vztahu s pojistitelem a pojistníkem. Osobní údaje jsou poskytnuty dobrovolně, ale jejich poskytnutí je nezbytné pro šetření a likvidaci pojistné události. Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti kdykoliv svůj souhlas se zpracováním osobních údajů odvolat. Zároveň však беру na vědomí, že poskytnutí osobních údajů je nezbytné pro plnění práv a povinností vyplývajících z pojištění, jakož i pro plnění povinností a výkon práv z jiných právních předpisů. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů pojistitel dále neprovádí šetření a likvidaci pojistných událostí a výplatu pojistných plnění. Dále souhlasím s tím, že případné pojistné plnění bude poukázáno přímo pojistníkovi, pokud je dle rámcové pojistné smlouvy oprávněnou osobou, na úhradu mých závazků vyplývajících ze závazkového vztahu s pojistníkem, ke kterému mám sjednáno pojištění pro případ ztráty zaměstnání nebo na výše uvedené bankovní spojení.

V.....

dne.....

Podpis oznamovatele:.....