

Oznámenie o strate zamestnania

Toto potvrdenie o strate zamestnania čo najskôr:

– zašlite na adresu: Generali Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava alebo

– odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste banky, ktorá poskytla úver/pôžičku. **Doklady, ktoré je potrebné doručiť s potvrdením:**

- kópia pracovnej zmluvy
- kópia dokladu o skončení pracovného pomeru/ o ukončení živnosti
- kópia rozhodnutia o priznaní dávky v nezamestnanosti s dátumom, od ktorého poistený túto dávku poberá
- kópia potvrdenia, že poistený je na úrade práce zaradený do evidencie uchádzačov o zamestnanie a poberá dávku v nezamestnanosti, prípadne dávky sociálneho charakteru a štátnej sociálnej podpory nahrádzajúcej dávku v nezamestnanosti k dátumu

hlásenia poistnej udalosti (potvrdenie vystavuje úrad práce na žiadosť uchádzača o zamestnanie)

- v prípade, že poistenému nie je poskytovaná podpora v nezamestnanosti alebo dávky sociálneho charakteru a štátnej sociálnej podpory nahrádzajúcej podporu v nezamestnanosti z dôvodu jeho majetkových pomerov – kópia potvrdenia, že je registrovaný na úrade práce ako evidovaný nezamestnaný (v evidencii uchádzačov o zamestnanie)

Prosím, nasledujúce oznámenie vyplňte čitateľne, paličkovým písmom. Všetky informácie, o ktorých sa poisťovateľ dozvie pri zisťovaní zdravotného stavu poisteného, smie použiť iba na svoju potrebu.

Poistený

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo
Adresa	Telefónne číslo
	Štátna príslušnosť

Poistná udalosť

Dátum skončenia pracovného pomeru/ dátum ukončenia živnosti	
Dátum, kedy ste dostali od zamestnávateľa písomné vyrozkumenie o skončení pracovného pomeru	
Pracovná zmluva bola uzavretá	<input type="checkbox"/> na dobu určitú <input type="checkbox"/> na dobu neurčitú
Pracovný pomer sa skončil počas skúšobnej lehoty	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Boli ste k dátumu podpisu zmluvy o úvere v pracovnom pomere nepretržite 12 mesiacov?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Telefónne číslo zamestnávateľa, u ktorého ste boli naposledy zamestnaný	
Dátum, odkedy ste zaradený do evidencie uchádzačov o prácu na úrade práce	

Vyhlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek mnou neuvedený, neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok zníženie poistného plnenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného v čase vzniku poistnej udalosti a s tým, že poistné plnenie bude uhradené v súlade s poistnou zmluvou a poistnými podmienkami.

Druh a číslo dokladu totožnosti:

Podpis poisteného

Poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa a v pobočkách poisťovateľa.