

# ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ



## OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: NEDOBROVOLNÁ ZTRÁTA ZAMĚŠTNÁNÍ

### Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě nedobrovolné ztráty zaměstnání.

- Pojistnou událostí je nedobrovolná ztráta zaměstnání pojištěného spočívající v prokazatelném ukončení pracovního poměru sjednaného na dobu neurčitou výpovědí ze strany zaměstnavatele dle § 52 písm. a), b), nebo c) nebo okamžitým zrušením pracovního poměru dle § 56 odst. b) Zákoníku práce za předpokladu, že pojištěný je zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání na úřadu práce v ČR (dále jen ÚP).
- K oznámení škodní události přiložte potvrzení ÚP, ze kterého je patrné, od kdy jste byl zařazen do evidence uchazečů ozaměstnání (pokud ÚP tuto skutečnost potvrdí přímo v tomto formuláři, není nutno dokládat).
- Přiložte originál či ověřenou kopii výpovědi z pracovního poměru ze strany zaměstnavatele nebo kopii Vaší výpovědi (opatřenou otiskem razítka zaměstnavatele a dnem převzetí zaměstnavatelem).
- Vyplněný formulář s přílohami zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.

### ČÍSLO SMLOUVY

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění.

1.  2.  3.

### POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ

Telefon

Kontaktní adresa pro tuto škodní událost

E-mail

Preferovaný způsob zaslání notifikací  SMS  E-mail

### PRACOVNÍ POMĚR

Název a adresa zaměstnavatele

Doba trvání pracovního poměru Od  Do

Pracovní poměr byl ukončen zaměstnavatelem  Ano  Ne

Uveďte důvod ukončení pracovního poměru

Pracovní poměr byl sjednán na dobu:  určitou  neurčitou

### POTVRZENÍ ÚŘADU PRÁCE

#### Uchazeč o zaměstnání

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Datum zařazení do evidence

Potvrzujeme, že výše uvedený/uvedená pan/pani byl/a zařazen/a do evidence uchazečů o zaměstnání od výše uvedeného data a do dnešního dne nebyl/a z evidence vyřazen/a.

#### Potvrzení vydal

Adresa úřadu

Jméno a příjmení

Telefon

Datum vydání potvrzení

Razítko a podpis pracovníka úřadu práce

### ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet: číslo účtu  / kód banky

### POMOZTE NÁM BÝT LEPŠÍMI

Pomozte nám zlepšovat zákaznickou spokojenost, a to nejen Vaši, ale i ostatních zákazníků. Na základě našeho oprávněného zájmu na zlepšování procesu likvidace si vyhrazujeme právo Vás kontaktovat ohledně Vaší zkušenosti s likvidační škody. Rádi bychom Vás informovali, že Vaše hodnocení může být anonymně zobrazeno na webových stránkách Allianz pojišťovny. Hodnocení obsahující jakékoliv osobní údaje, vulgarismy a texty, které by mohly urážet ostatní, mohou být upraveny. Chceme Vás informovat, že máte právo kdykoliv vznést námitku proti zpracování osobních údajů pro výše uvedené účely, které se Vás týkají. Podrobné informace týkající se zpracování dat naleznete na [www.allianz.cz/ochrana-udaju](http://www.allianz.cz/ochrana-udaju).

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis pojištěného / zákonného zástupce