

k POJIŠTĚNÍ SCHOPNOSTI SPLÁCET ÚVĚR

ZTRÁTA ZAMĚSTNÁNÍ

Jméno a příjmení pojištěného:	Datum narození:
Bydliště:	
E-mail:	Telefon:
Pojistná smlouva č.:	Úvěrová smlouva č.:

VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (doplňte požadované údaje)

Datum uzavření úvěrové smlouvy:	Datum skončení pracovního poměru:	
Na úřadu práce veden/a od:		
Název, adresa, telefon posledního zaměstnavatele:		
Datum převzetí písemného vyrozumění o skončení pracovního poměru od zaměstnavatele:		
Pracovní poměr byl ukončen v průběhu zkušební doby	ANO	NE
Pracovní smlouva byla uzavřena na dobu	neurčitou	určitou
Krozvázání pracovního poměru došlo ze zdravotních důvodů	ANO	NE
Pracovní poměr byl ukončen zaměstnavatelem	ANO	NE
Uvedte důvod ukončení pracovního poměru:		
K datu podpisu úvěrové smlouvy trval pracovní poměr nebo výkon samostatné výdělečné činnosti nepřetržitě 12 měsíců	ANO	NE
K datu podpisu úvěrové smlouvy byla pracovní smlouva uzavřena na dobu	neurčitou	určitou
Máte další pojištění na porovnatelné riziko, která se mohou vztahovat na tuto pojistnou událost?	ANO	NE , pokud ANO uveďte:
Název pojišťovny:	Číslo pojistné smlouvy:	
Nahlásili jste pojistnou událost i do této pojišťovny?	ANO	NE

VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (pokud byl před evidencí na úřadu práce osobou samostatně výdělečně činnou s registrací v živ. rejstříku)

IČO:
Subjekt (název):
Adresa subjektu:

Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí informace o zpracování osobních údajů pojistitelem, které jsou mi k dispozici také na webových stránkách pojistitele.

Datum:

Podpis:

k POJIŠTĚNÍ SCHOPNOSTI SPLÁCET ÚVĚR

ZTRÁTA ZAMĚSTNÁNÍ

POTVRZENÍ O EVIDENCI NA ÚŘADU PRÁCE

část B. POTVRZENÍ ÚŘADU PRÁCE (vyplní pracovník úřadu práce)

Potvrzení úřadu práce v	
Potvrzujeme, že pan/paní :	Datum narození:
Byl/a zařazen/a do evidence uchazečů o zaměstnání od:	do: a do dnešního dne nebyl/a z evidence vyřazen/a.
Datum:	Razítko a podpis pracovníka Úřadu práce:
Potvrzení vydává: Jméno a příjmení:	Telefon:

POTVRZENÍ O TRVÁNÍ PRACOVNÍHO POMĚRU

část C. VYPLNÍ ZAMĚSTNAVATEL

Tímto potvrzujeme, že pan/í:	
Datum narození:	
Je ke dni vystavení tohoto potvrzení zaměstnancem naší firmy s pracovním poměrem dobu:	
zkušební	
neurčitou	
určitou, pracovní poměr začíná dnem:	končí dnem:
Ke dni vystavení tohoto potvrzení výpovědní lhůta:	
neběží	
běží, pracovní poměr končí ke dni:	
Potvrzení je vydáno v souladu s ustanovením § 314 odst. 2 zákoníku práce s výslovným souhlasem zaměstnance, což zaměstnanec stvrzuje svým podpisem, a je určeno pro pojistitele za účelem šetření a likvidaci pojistné události.	

Podpis pojištěného:

Datum vystavení:

Razítko a podpis
zaměstnavatele:

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty:

- Kopie úvěrové smlouvy
- Kopie pracovní smlouvy včetně všech podepsaných dodatků (platí pro zaměstnance)
- Kopie smluvních a dalších dokumentů na základě, kterých lze prokázat rozvázání pracovního poměru
- Kopie doklad prokazujícího důvod, který vedl k ztrátě možnosti dále vykonávat samostatně výdělečnou činnost (platí pro OSVČ)
- Kopie všech pracovních smluv uzavřených na dobu určitou nebo neurčitou včetně dodatků, ze kterých vyplývá, že byl pojištěný zaměstnán nejméně 12 měsíců před uzavřením pojistné smlouvy (platí pro zaměstnance)
- Vyplněná část B a část C tohoto formuláře

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient/ka).

Vyplněný, podepsaný formulář a podklady prosím zašlete na e-mailovou adresu: pojistenisplatek@allianz.com nebo na korespondenční adresu:

AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby, Oddělení likvidace pojistných událostí, Jankovcova 1596/14b, 170 00 Praha 7, Česká republika.

AWP P&C SA

se sídlem 93400 Saint-Ouen, 7, Rue Dora Maar, Francouzská republika registrační číslo 519 490 080 O.R.Bobigny zapsaná u obchodního soudu v Bobigny pod správním č. 2016B01853, podnikající v České republice prostřednictvím

AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby

AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby

se sídlem: Praha 7, Jankovcova 1596/14b, PSC 17000, IČ: 276 33 900 je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 561 12

Email: pojistenisplatek@allianz.com
Tel: +420 283 002 887