

Oznámení škodní události

Doručeno

Pojištění osob

Nedobrovolná ztráta zaměstnání

Pro interní
potřeby
pojistitele

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) anebo 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 o zaměstnání (pokud ÚP tuto skutečnost potvrdí přímo v tomto formuláři, není nutno dokládat).
- 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.

Uveďte číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete nárok na pojistné plnění:																																										
1.												2.											3.																			
Jméno a příjmení pojištěného:												Rodné číslo:																														
Trvalé bydliště:												Telefon:																														
E-mail:																																										

Název a adresa zaměstnavatele:																									
Pracovní poměr byl sjednán na dobu:*												URČITOU		NEURČITOU											
Doba trvání pracovního poměru:												od						do							
Pracovní poměr byl ukončen zaměstnavatelem:*												ANO		NE											
Uveďte důvod ukončení pracovního poměru:																									

Potvrzení Úřadu práce v																							
Potvrzujeme, že pan/paní:																							
rodné číslo:												/											
byl(-a) zařazen(-a) do evidence uchazečů o zaměstnání od:																							
a do dnešního dne nebyl(-a) z evidence vyřazen(-a).																							
Datum:												Razítka a podpis pracovníka úřadu práce:											
Potvrzení vydává: jméno, příjmení:												telefon:											

Přeji si, aby částka pojistného plnění byla poukázána na:																							
číslo účtu: _____												kód banky: _____											
V _____ dne _____												_____ podpis pojištěného											