OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
"STRATA ZAMESTNANIA POISTENÉHO"

Poistná zmluva číslo:		**Úverová zmluva číslo:**	
Poistený:	Meno, priezvisko a titul:	E-mail:	
	Rodné číslo:	Číslo telefónu:	
	Adresa:		PSČ:
	Posledné zamestnanie:		
	Názov a adresa posledného zamestnávateľa:		PSČ:
	Adresa príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny:		PSČ:

Vyhlásenie:

Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s., ak to bude nutné, overila informácie u môjho posledného zamestnávateľa, resp. na príslušnom úrade práce, sociálnych vecí a rodiny.
Prehlasujem že údaje uvedené v tomto tlačive sú pravdivé.

Žiadam aby bolo poistné plnenie poukázané na bežný účet, ktorý je uvedený v úverovej zmluve, ku ktorej je dojednané poistenie, z ktorého si uplatňujem nárok na poistné plnenie.

V …………………………………….. dňa: ……………………..   Podpis poisteného: ………………………………….

Pokyny pre poisteného:

Vyplnené tlačivo spolu s požadovanou dokumentáciou je potrebné do UNIQA poisťovne, a. s. doručiť **do 5 dní** po uplynutí karenčnej lehoty, ak nezamestnanosť trvá aj po uplynutí tejto karenčnej lehoty.

1. Vyplňte prosím údaje pravdivo a úplne.
2. K tomuto vyplnenému tlačivu priložte:
   - pracovnú zmluvu, na ktorú sa vzťahuje následná strata zamestnania (poistná udalosť)
   - výpoveď zo strany zamestnávateľa, alebo dohodu o skončení pracovného pomeru
   - originál potvrdenia o evidovaní poisteného v evidencii uchádzačov o zamestnanie k prvému dňu po uplynutí karenčnej lehoty vydané príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny.
3. Ďalšie povinnosti poisteného počas trvania nezamestnanosti sú uvedené aj vo všeobecných poistných podmienkach platných pre dané poistenie.