



HLÁSENIE O POISTNEJ UDALOSTI "STRATA ZAMESTNANIA POISTENÉHO"

Zmluva o poskytnutí spotrebiteľského úveru s poistením* (ďalej len „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:						
Vyhlasenie: 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 Zmluve, z ktorej 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 pracovných 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 vťahuje 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.																				

*Táto zmluva je zároveň poistnou zmluvou