



Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

Hlášení pojistné události – ztráta zaměstnání (pro rámcové smlouvy) Z2118

Tento vyplněný a níže podepsaný formulář prosím zašlete na e-mail bankopojistení@koop.cz, nebo na adresu ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPORITELNY, Boudníkova 2506/1, 180 00 Praha 8 - Libeň, spolu s následujícími dokumenty (vždy jen kopie):

- poslední **pracovní smlouva**, která byla ukončena, a to včetně dodatků.
- doklad o **rozházání pracovního poměru** (výpověď z pracovního poměru).
- rozhodnutí o **přiznání podpory** v nezaměstnanosti.
- potvrzení o **evidenci úřadu práce** jako uchazeče o zaměstnání.

Pojištěný			
Příjmení, jméno, titul			
Rodné číslo*		Místo, stát narození	
*Nemáte-li přiděleno rodné číslo, uveďte datum narození			
Státní občanství	E-mail	Telefon	
Adresa trvalého bydliště			
Ulice		Č.p.	PSČ
Obec	Stát		
Kontaktní adresa, je-li odlišná od adresy trvalého bydliště			
Ulice		Č.p.	PSČ
Obec	Stát		

K jakému datu s vámi zaměstnavatel rozvázal pracovní poměr? = Uveďte datum skončení pracovního poměru (den, měsíc, rok)		
K jakému datu jste obdržel/a od zaměstnavatele písemné vyrozumění o ukončení pracovního poměru? = Uveďte datum, kdy jste obdržel/a vyrozumění o rozvázání pracovního poměru (den, měsíc, rok)		
Byla vaše pracovní smlouva uzavřena na dobu?	<input type="checkbox"/> URČITOU	<input type="checkbox"/> NEURČITOU
Rozvázal s vámi zaměstnavatel pracovní poměr během zkušební doby?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Došlo k rozvázání pracovního poměru ze zdravotních důvodů? (doložte prosím adresu ošetřujícího lékaře)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře ošetřovaného (jméno, adresa, telefonní spojení)		

Název, adresa a telefonní číslo zaměstnavatele, kde jste byl/a naposledy zaměstnán/a		
Název		
Ulice		Č.p.
		PSČ
Obec	Stát	
Telefon		

Výplata plnění	
<input type="checkbox"/> Na běžný účet klienta – číslo účtu	
Plnění na běžný účet je možné u všech pojistných produktů (rámcových smluv), kromě pojištění k úvěrům od Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.	
<input type="checkbox"/> Na úvěrový účet – číslo účtu	

Podpisem tohoto formuláře prohlašuji, že jsem majitelem výše uvedeného účtu: _____

V případě, že majitelem výše uvedeného účtu je jiná osoba, uveďte následující údaje jeho majitele:

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo (nemá-li, pak datum narození)

Státní občanství

Adresa trvalého bydliště

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Poskytují souhlas s elektronickou komunikací (např. e-mail, SMS) týkající se šetření pojistné události. Ke komunikaci mohou být využity kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události.

! Elektronická komunikace není zabezpečena a pojišťovna nemůže zaručit ochranu jejího obsahu před neoprávněným přístupem třetích stran.

Zmocňuji pojišťovnu a souhlasím, aby Česká spořitelna, a.s. k její žádosti za účelem likvidace pojistné události poskytla veškeré informace a údaje nutné k likvidaci této pojistné události. Rozumím se jimi např. údaje o výši zůstatku úvěru k datu pojistné události, výši měsíční splátky, včetně pojistného a poplatku za vedení úvěrového účtu, údaje o čerpání či doplacení úvěru, číslo účtu, na které má být zasláno pojistné plnění.

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?* ANO NE

* V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i formulář „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“.

Prohlašuji, že mnou poskytnuté informace v hlášení pojistné události jsou úplné a pravdivé. Prohlašuji dále, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s Rámcovou pojistnou smlouvou, která byla platná v den podpisu smlouvy, v rámci které mám uzavřeno pojištění ztráty zaměstnání, nebo v den podpisu dodatku k ní, včetně Všeobecných pojistných podmínek tvořících přílohu této Rámcové pojistné smlouvy.

Dále zmocňuji příslušnou správu sociálního zabezpečení a příslušný úřad práce, u kterého jsem veden/a jako uchazeč o zaměstnání, k poskytnutí informací pojišťovně nutných k uplatnění a vypořádání nároků z pojištění (resp. likvidace pojistné události).

Zároveň souhlasím, aby data uvedená v tomto hlášení byla v souvislosti s uzavřeným pojištěním předávána pojišťovně a pojištníkovi prostřednictvím el. pošty a PC médií, popř. jinými způsoby umožňujícími bezpečný přenos datových, textových, hlasových a obrazových zpráv, a aby mi těmito způsoby byly zaslány informace týkající se mého vztahu s pojišťovnou a pojištníkem.

Pokud jsem v tomto Hlášení uvedl/a pro výplatu pojistného plnění v případě hypotečního úvěru úvěrový účet, souhlasím s tím, aby prostředky z pojistného plnění byly použity ke splacení závazků z příslušné úvěrové smlouvy.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťovna na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely **likvidace pojistné události, správy a ukončení pojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.**

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění, údaje o využívání služeb, jakož i další údaje uvedené na tomto formuláři zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely **zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistné události, zajištění, soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.** Proti takovému zpracování máte právo kdykoliv podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťovna také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojišťovnu vztahují.

V případě, že jste ve formuláři uvedl osobní údaje třetích osob, zavazujete se informovat je o zpracování jejich osobních údajů.

Podpisem tohoto formuláře, resp. jeho odesláním potvrzujete, že jste se důkladně seznámil/a s příslušným dokumentem Informační list o ochraně osobních údajů pro rámcové smlouvy, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojišťovně bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění.

V

dne

podpis osoby, která uplatňuje
nárok na pojistné plnění