

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ZTRÁTA ZAMĚSTNÁNÍ

Těší nás, že máte pojištění právě u nás a věříme, že vám pomůžeme zvládnout vaši nelehkou situaci.

Sepsali jsme souhrn nejdůležitějších bodů, díky kterým můžeme vaši událost vyřídit co nejrychleji. Prosím věnujte jim pozornost.

1. Následující **formulář můžete vyplnit elektronicky** (není nutné jej tisknout).
2. **Nezapomeňte uvést váš e-mail a telefon**, potřebujeme je k tomu, abychom vám mohli posílat i zabezpečenou komunikaci a vy nebudete muset chodit na poštu. **Naše komunikace díky tomu bude co nejrychlejší.**
3. Pro vyřízení události **potřebujeme následující doklady** (pouze kopii, sken či foto):

- vyplněný formulář **Oznámení škodní události** (níže)
- poslední pracovní smlouvu**, která byla ukončena, a to včetně dodatků
- doklad o **rozvázání pracovního poměru** (výpověď z pracovního poměru)
- vyjádření úřadu práce k výši podpory v nezaměstnanosti** (např. rozhodnutí o přiznání podpory)
- potvrzení o evidenci úřadu práce** jako uchazeče o zaměstnání

Bude-li nám nějaký doklad chybět, budeme si ho od vás muset vyžádat a šetření vaší události se tak zbytečně protáhne.

4. **Všechny potřebné doklady pošlete najednou na e-mail: airbank.pojisteni@cardif.cz.**
Zasláním všech **dokladů společně e-mailem urychlíte řešení** vaší události.

Na každý e-mail, který nám pošlete, obdržíte automatickou odpověď. Pokud vám tato odpověď nepřijde, e-mail pravděpodobně překročil maximální dovolenou velikost. Zkuste prosím zmenšit velikost tím, že zaslané dokumenty rozdělíte do více e-mailů.

Na **našem webu** najdete další možnosti, jak nahlásit událost a pokud máte nějaké otázky, ozvěte se nám na naše **Klientské centrum**.

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ZTRÁTA ZAMĚŠTNÁNÍ

POJIŠTĚNÝ

Pojištěná osoba (jméno a příjmení):

Rodné číslo: / Datum narození:

Stát narození: Státní příslušnost:

Číslo smlouvy (např. číslo úvěrového účtu):

Telefon*: + E-mail*:

*v případě uvedení souhlasíte s použitím tohoto údaje pro komunikaci týkající se této události

ADRESA

Adresa trvalého pobytu

Ulice:

Č.p. / Č. or.: Obec:

Stát: PSČ:

Korespondenční adresa, pokud je odlišná od trvalé:

Ulice:

Č.p. / Č. or.: Obec:

Stát: PSČ:

UDÁLOST

Údaje k události

Došlo k rozvázání pracovního poměru ze zdravotních důvodů? Ano Ne

Uveďte, prosím, údaje o zaměstnavateli, u kterého jste byl/a naposledy zaměstnán/a:

Název:

IČO: Obec:

ÚČET

Údaje k případné výplatě pojistného plnění

Číslo účtu pro případnou výplatu pojistného plnění a proplacení nákladů spojených s událostí:

- /

Jste vlastníkem výše uvedeného čísla účtu? Ano Ne

Pokud nejste vlastníkem účtu, vyplňte prosím údaje o vlastníkovi

Jméno a příjmení: Státní příslušnost:

Datum narození: Stát narození:

Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo popisné/orientační, město, PSČ, stát):

Korespondenční adresa, pokud je odlišná od trvalé (ulice, číslo popisné/orientační, město, PSČ, stát):

Odesláním tohoto formuláře potvrzují, že mnou uvedené informace jsou úplné a pravdivé, nezamlčel/a jsem žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv na šetření události a stanovení výše pojistného plnění.

V případě, že u elektronického odeslání formuláře vzniknou pochybnosti ohledně identifi kace odesílatele tohoto formuláře, může pojistitel požadovat doplnění v písemné listinné formě.

Pokud mi vznikne právo na pojistné plnění, žádám o jeho poukázání na výše uvedené bankovní spojení. Pokud uvádím pro výplatu pojistného plnění účet jiné osoby, musím ji seznámit s tím, že dojde ke zpracování jejích osobních údajů, jak bude zpracování probíhat a poskytnout jí informaci o zpracování osobních údajů. Dále se zavazuji informovat ji om, že údaje budou zpracovávány i za účelem boje proti pojišťovacím podvodům, praní špinavých peněz nebo financování terorismu a plnění povinností souvisejících s mezinárodními sankcemi a embargy. Podmínky zpracování osobních údajů jsou v Informaci o zpracování osobních údajů, která je k dispozici na www.cardif.cz v sekci **Osobní údaje**.

Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval údaje o mém nemocenském a důchodovém pojištění, a zbavuji orgány státní správy povinnosti zachovávat o těchto údajích mlčenlivost.

V dne Podpis oznamovatele
(pouze pokud formulář tisknete)



Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci (www.adr.coi.cz). Další možností pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v oblasti neživotního pojištění je i Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven. Více informací naleznete na www.ombudsmancap.cz. Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovatel nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

Tento **vyplněný** formulář zašlete společně s vypsány mi doklady na e-mail: airbank.pojisteni@cardif.cz.

Pošlete (vždy pouze kopie - sken, či foto):

Vždy:

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

Bude-li nám nějaký doklad chybět, budeme si ho od vás muset vyžádat a šetření vaší události se tak zbytečně protáhne.