

# Oznámenie o strate zamestnania

## Toto potvrdenie o strate zamestnania čo najskôr:

- zašlite na adresu: Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava alebo
- odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste banky, ktorá poskytla úver/pôžičku.

## Doklady, ktoré je potrebné doručiť s potvrdením:

- kópia pracovnej zmluvy
- kópia dokladu o skončení pracovného pomeru
- kópia rozhodnutia o priznaní dávky v nezamestnanosti s dátumom, od ktorého poistený túto dávku poberá
- kópia potvrdenia, že poistený je na úrade práce zaradený do evidencie uchádzačov o zamestnanie a poberá dávku v nezamestnanosti, prípadne dávky sociálneho charakteru a štátnej sociálnej podpory nahradzujúcej dávku v nezamestnanosti k dátumu hlásenia poistnej udalosti (potvrdenie vystavuje úrad práce na žiadosť uchádzača o zamestnanie)
- v prípade, že poistenému nie je poskytovaná podpora v nezamestnanosti alebo dávky sociálneho charakteru a štátnej sociálnej podpory nahradzujúcej podporu v nezamestnanosti z dôvodu jeho majetkových pomerov – kópia potvrdenia, že je registrovaný na úrade práce ako evidovaný nezamestnaný (v evidencii uchádzačov o zamestnanie)

Prosím, nasledujúce oznámenie vyplňte čitateľne, paličkovým písmom. Všetky informácie, o ktorých sa poisťovateľ dozvie pri zisťovaní zdravotného stavu poisteného, smie použiť iba pre svoju potrebu.

## Poistený

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo
Adresa	Telefónne číslo
	Štátna príslušnosť

## Poistná udalosť

Dátum skončenia pracovného pomeru	
Dátum, kedy ste dostali od zamestnávateľa písomné vyrozkumenie o skončení pracovného pomeru	
Pracovná zmluva bola uzavretá	<input type="checkbox"/> na dobu určitú <input type="checkbox"/> na dobu neurčitú
Pracovný pomer sa skončil počas skúšobnej doby	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Boli ste k dátumu podpisu zmluvy o úvere v pracovnom pomere nepretržite 12 mesiacov?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Telefónne číslo zamestnávateľa, u ktorého ste boli naposledy zamestnaný	
Dátum, odkedy ste zaradený do evidencie uchádzačov o prácu na úrade práce	

Vyhlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek mnou neuvedený, neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok zníženie poistného plnenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného v čase vzniku poistnej udalosti a s tým, že poistné plnenie bude uhradené v súlade s poistnou zmluvou a poistnými podmienkami.

\*(vyplniť len v prípade priznania invalidného dôchodku)

Druh a číslo dokladu totožnosti:

\_\_\_\_\_  
Podpis poisteného

Poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa a v pobočkách poisťovateľa.