

Oznámení pojistné události – ZTRÁTA ZAMĚŠTNÁNÍ

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
2. V případě nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na **bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10**.
3. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **ESSOX s.r.o., F. A. Gerstnera 52, 370 01 České Budějovice**.
4. K žádosti dále přiložte:
 - Pracovní smlouvy včetně všech jejích příloh
 - Výpovědi nebo dohody o rozvázání pracovního poměru včetně důvodu rozvázání pracovního poměru
 - Zápočtového listu
 - Potvrzení Úřadu práce o Vaší evidenci jako uchazeče o zaměstnání
 - Dočasné pracovní neschopnosti v případě, že jste od ukončení pracovního poměru v pracovní neschopnosti a neevidován/a na Úřadě práce

Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace. Pojistitel je oprávněn ověřit si veškeré informace k hlášené pojistné události.

Vyplní pojištěný

ÚDAJE O POJISTĚNÉM	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození):
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> jiný
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ a státu:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh: občanský průkaz <input type="checkbox"/> pas <input type="checkbox"/> jiný doklad:
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	
Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____	
Email:	Telefon:
Pobírám invalidní důchod ano <input type="checkbox"/> ode dne ____/____/____ pro invaliditu I. stupně <input type="checkbox"/> II. stupně <input type="checkbox"/> III. stupně <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	

ÚDAJE O POJISTNÉ SMLOUVĚ	
Číslo pojistné smlouvy/smluv:	Datum splatnosti splátky:
Pojistné plnění bude poukázáno společnosti ESSOX s.r.o. Pojistné plnění je vypláceno, pokud splatnost splátky připadá na dobu ztráty zaměstnání po uplynutí karenční doby.	

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ	
Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.	
V _____ dne _____	_____ Podpis pojištěného / zákonného zástupce
V _____ dne _____	_____ Podpis zástupce ESSOX s.r.o.

Číslo pojistné smlouvy