UNIQA poisťovňa, a. s.
Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27
Slovenská republika
Tel. (02) 57 88 32 11, Fax (02) 57 88 32 10
http://www.uniqa.sk, IČO: 00 653 501
Obchodný register
Okresného súdu Bratislava I
Oddiel: Sa, Vložka číslo: 843/B

HLÁSENIE O POISTNEJ UDALOSTI "STRATA ZAMESTNANIA POISTENÉHO"

Číslo úverového účtu (číslo Zmluvy o PÔŽIČKE):										

Poistený:

Meno, priezvisko a titul:

Rodné číslo: Číslo telefónu:

Adresa: PSČ:

Posledné zamestnanie:

Názov a adresa posledného zamestnávateľa:

PSČ:

Adresa príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny:

PSČ:

Vyhlásenie:

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.

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 doby, ak nezamestnanosť trvá aj po uplynutí tejto karenčnej doby.

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 doby 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.