

# DÔCHODKOVÉ POISTENIE - OZNÁMENIE O STRATE ZAMESTNANIA S NÁROKOM NA PRIZNANIE PREMOSTENIA PRÍJMU

Nárok na premostenie príjmu v dôchodkovom poistení je v prípade straty zamestnania, ktorá spĺňa definíciu uvedenú v príslušných poistných podmienkach, najskôr po uplynutí 3 rokov od začiatku poistenia a za predpokladu, že rezerva poistenia je kladná a sú splnené podmienky stanovené poistnými podmienkami. K vyplnenému tlačivu je nevyhnutné doložiť kópiu dokladu o strate zamestnania (napr. rozviazanie pracovného pomeru, ukončenie dohody) a kópiu potvrdenia, o registrácii na Úrade práce, soc. vecí a rodiny. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, alebo online na [www.kooperativa.sk](http://www.kooperativa.sk).

## POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1

IČO: 00 585 441

Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

DIČ: 2020527300

Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I.,

IČ DPH: SK7020000746

odd: Sa, vložka 79/B

## ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo	
Adresa bydliska	Telefonický kontakt	E-mail	PSČ

## ÚDAJE O STRATE ZAMESTNANIA (vyplňuje poistený)

Dátum straty zamestnania, t.j. prvý deň kedy poistený už nevykonáva svoju pracovnú činnosť

K strate zamestnania došlo v dôsledku (uveďte dôvod straty zamestnania)

## POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na adresu	PSČ
na účet (IBAN)	Názov banky
áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

## SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.kooperativa.sk](http://www.kooperativa.sk).

Súhlasím, aby spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti. Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojim zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

ÁNO, DÁVAM SÚHLAS

NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

Je poistený politicky exponovanou osobou?    nie    áno<sup>1</sup>    Je poistený sankcionovanou osobou?    nie    áno<sup>1</sup>

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

V	Dňa	Úradne overený podpis poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného*	Číslo dokladu totožnosti
---	-----	---	--------------------------

\* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

Dátum	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby <sup>2</sup> , ktorá identifikovala klienta <sup>3</sup>	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy (prípadne pečiatka)
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>2</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať

<sup>3</sup> V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.