



DŔCHODKOVÉ 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. Nárok na premostenie príjmu vzniká najskôr po uplynutí troch rokov od začiatku poistenia a za predpokladu, že rezerva poistenia je kladná a zároveň sú splnené podmienky stanovené príslušnými poistnými podmienkami. Nárok na premostenie príjmu sa priznáva na dobu uvedenú v rozsahu nárokov a zmluvných dojednaniach platných pre príslušnú poistnú zmluvu. K vyplnenému tlačivu je nevyhnutné doložiť kópiu dokladu na základe ktorého vznikla strata zamestnania (napr. rozviazanie pracovného pomeru, ukončenie dohody) a kópiu potvrdenia, že poistený je registrovaný na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B (ďalej len „Spoločnosť“ alebo „KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group“), alebo online na www.koop.sk cez online služby.

Údaje o poistenom – vyplňuje poistený	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)	
Priezvisko a meno poisteného Rodné číslo	
Adresa PSC	
☎ e-mail	
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 výplatu poistného plnenia - vyplňuje poistený	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> na číslo účtu v tvare IBAN	
názov účtu	
<input type="checkbox"/> na adresu	

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

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA 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.koop.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOOPERATIVA 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 mojím 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 áno¹
 Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

V..... dňa
úradne overený podpis poisteného číslo dokladu totožnosti
resp. zákonného zástupcu poisteného*

*Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA 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 a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta čitateľné meno a priezvisko/názov osoby³ osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
 ktorá identifikovala klienta⁴

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

² V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

³ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

⁴ 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.