



## 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, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava.

<b>Údaje o poistenom – vyplňuje poistený</b>	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....	.....
Priezvisko a meno poisteného .....	Rodné číslo .....
Adresa .....	PSC .....
☎ .....	e-mail.....
<b>Údaje o strate zamestnania - vyplňuje poistený</b>	
Dátum straty zamestnania, t.j. prvý deň kedy poistený už nevykonáva svoju pracovnú činnosť .....	
K strate zamestnania došlo v dôsledku (uveďte dôvod straty zamestnania).....	
<b>Pokyny k výplatu poistného plnenia - vyplňuje poistený</b>	
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 a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy.

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](http://www.koop.sk).

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, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 osoby<sup>1</sup>  
ktorá identifikovala klienta<sup>2</sup> .....  
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy .....

<sup>1</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>2</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.

