

Jméno a příjmení pojištěného:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Pojistná smlouva:	Škodná událost:

Oznámení pojistné události
ZTRÁTA PŘÍJMU (v případě pojištění pravidelných výdajů)
NEZAMĚSTNANOST (v případě pojištění stálých plateb s ČP ZDRAVÍ)

vyplní pojištěný (vhodně zakřížkuje a doplňte požadované údaje)

Datum skončení pracovního poměru či výkonu samostatné výdělečné činnosti:	Na úřadu práce veden od:
Pracovní poměr nebo výkon samostatné výdělečné činnosti trval nepřetržitě 12 měsíců před sjednáním pojištění ztráty příjmu či pojištění nezaměstnanosti	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<i>Vyplňují pouze zaměstnanci:</i>	
Název, adresa a telefon posledního zaměstnavatele: _____	
Datum převzetí dokumentu, na základě kterého byl pracovní poměr skončen: _____ (dohodou, výpovědí nebo okamžitým zrušením)	
K ukončení pracovního poměru došlo v průběhu zkušební doby	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pracovní smlouva byla uzavřena na dobu	<input type="checkbox"/> neurčitou <input type="checkbox"/> určitou
Důvodem k rozvázání pracovního poměru byly zdravotní důvody	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Mezi Vaše pravidelné výdaje či stálé platby patří:	
<input type="checkbox"/> platba nájmu/podnájmu bytu či domu určeného k bydlení	<input type="checkbox"/> platba za vodné/stočné
<input type="checkbox"/> splácení členského podílu u družstevního bydlení	<input type="checkbox"/> platba svozu domovního odpadu
<input type="checkbox"/> příspěvky na fond oprav	<input type="checkbox"/> televizní a rozhlasové poplatky
<input type="checkbox"/> platba nájmu za parkovací nebo garážové stání	<input type="checkbox"/> platba za telefon
<input type="checkbox"/> platba za odběr elektřiny a plynu	<input type="checkbox"/> platba za datové služby – internet
<input type="checkbox"/> platba za externí dodávku tepla a teplé vody	<input type="checkbox"/> platba za vzdělání a školské služby
Vyplňujte je v případě, že máte sjednáno připojištění splátek úvěrů (platí jen pro Pojištění stálých plateb s ČP ZDRAVÍ):	
<input type="checkbox"/> splátka hypotečního úvěru	<input type="checkbox"/> splátka spotřebitelského úvěru
<input type="checkbox"/> splátka úvěru ze stavebního spoření	<input type="checkbox"/> splátka finančního leasingu
Datum:	Podpis pojištěného:

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete jej na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenou níže.

- potvrzení příslušného úřadu práce o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání
- kopie „Rozhodnutí o přiznání hmotného zabezpečení“ (podpory v nezaměstnanosti) nebo dokladu o pobírání dávky sociálního zabezpečení či státní sociální podpory
- kopie smluvních a dalších dokumentů (pracovní smlouvy, výpisy z příslušného registru), na základě kterých lze prokázat, že pracovní poměr nebo výkon samostatné výdělečné činnosti trval nejméně 12 měsíců předcházejících měsíci, ve kterém bylo pojištění ztráty příjmu či pojištění nezaměstnanosti sjednáno
- kopie dokladů prokazujících zánik pracovního poměru nebo důvod ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti
- kopie dokladů prokazujících výši Vaší pravidelných výdajů či stálých plateb za období:
 - 3 měsíců (v případě Pojištění pravidelných výdajů)
 - 12 měsíců (v případě Pojištění stálých plateb s ČP ZDRAVÍ)
 předcházejících měsíci vzniku pracovní neschopnosti, např. výpisy z Vašeho bankovního účtu nebo jiný platební doklad znějící na Vaše jméno (SIPO, poštovní poukázky, aj.)
- kopie dokladů prokazujících výši Vašeho čistého příjmu za poslední zdaňovací období před zařazením do evidence uchazečů o zaměstnání (platí jen pro Pojištění pravidelných výdajů při sjednané pojistné částce 10 000 Kč či 15 000 Kč za měsíc)

Náklady na vystavení potřebných dokumentů nese pojištěný.