

Oznámenie o ukončení alebo zmene zamestnania alebo samostatnej zárobkovej činnosti

(Povinnosť informovania vyplýva z Osobitných poisťných podmienok pre poistenie pracovnej neschopnosti OPP PN)

Číslo poisťnej zmluvy:

Meno a priezvisko poisťníka:

Dátum narodenia:

Meno a priezvisko poisteného:

Dátum narodenia:

1. Ukončenie

Týmto oznamujem poisťovateľovi ukončenie zamestnania alebo samostatnej zárobkovej činnosti (podnikateľskej činnosti) poisteného:

Ukončenie zamestnania - trvalého pracovného pomeru: Dátum ukončenia:

Ukončenie / pozastavenie podnikateľskej činnosti (ďalej aj „SZČO“): Dátum ukončenia:

a) **Žiadam o zrušenie doplnkového poistenia pracovnej neschopnosti (PN).**

b) **Žiadam o zachovanie trvania doplnkového poistenia pracovnej neschopnosti (PN) po dobu 6 mesiacov od vyššie uvedeného dátumu ukončenia** a zachovanie súčasnej výšky poisťného. Zároveň mám záujem o následné pokračovanie tohto poistenia bez opätovného skúmania zdravotného stavu poisteného, ak sa poistený znova zamestná alebo bude pokračovať v podnikateľskej činnosti, pred uplynutím uvedenej 6-mesačnej doby.

Súhlasím s tým, že počas obdobia, keď nebude poistený zamestnaný resp. nebude vykonávať podnikateľskú činnosť, budem naďalej platiť poisťné za toto doplnkové poistenie. Beriem na vedomie, že pracovná neschopnosť poisteného, ktorá nastane v tomto období, nebude krytá poistením.

2. Zmena druhu pracovnej činnosti

Týmto oznamujem poisťovateľovi zmenu zamestnania alebo samostatnej zárobkovej činnosti (podnikateľskej činnosti) poisteného. Zároveň žiadam o zmenu výšky poisťného z dôvodu zmeny druhu vykonávanej zárobkovej činnosti poisteného.

Zmena z trvalého pracovného pomeru na SZČO Dátum účinnosti zmeny:

Zmena zo SZČO na trvalý pracovný pomer Dátum účinnosti zmeny:

V prípade poklesu príjmu o viac ako 20 %, prosím vyplňte aj bod 3.

3. Zmena výšky príjmu (povinnosť hlásiť pri poklese príjmu o viac ako 20%):

Žiadam o zmenu výšky poisťného z dôvodu zmeny výšky príjmu poisteného a následnej zmeny dennej dávky.

Ročný príjem poisteného (podľa OPP PN): Dátum účinnosti zmeny:

Toto oznámenie, prosím, pošlite poisťovateľovi do 30 dní od vyššie uvedenej zmeny alebo ukončenia zamestnania, resp. podnikateľskej činnosti.

Tento dokument sa považuje za žiadosť poisťníka o zmenu poisťnej zmluvy a tvorí súčasť uvedenej poisťnej zmluvy. Potvrdenie o vykonaní požadovanej zmeny poisťovateľ bezodkladne písomne oznámi poisťníkovi. Poisťník súhlasí s tým, aby sa na základe tejto žiadosti zmluvné strany odchyľili od poisťných podmienok, a že je to na prospech poisteného.

V

Dňa:

Podpis poisťníka

Podpis poisteného:

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.:2699/B, organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločnosti v Dubline pod č. 415123 (ďalej aj „poisťovateľ“).

Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.