

Oznámení pojistné události – Úmrtí

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech. Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
5. Pokud je obmyšlenou osobou nezletilé dítě pojištěného a o výplatu pojistného plnění žádá zákonný zástupce nezletilého dítěte / dětí, je nutné zajistit Identifikaci zástupce klienta.
6. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno:	
Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :	
Adresa trvalého nebo jiného pobytu, včetně státu:	
Datum úmrtí:	
ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ / OBYŠLENÉ OSOBE	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :
Vztah k pojištěnému:	
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	
Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný	
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):	
E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný ³⁾ (uveďte)
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od __ / __ / __ do __ / __ / __
Politická expozice ²⁾ : <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

PODROBNOSTI O ÚMRTÍ

Místo úmrtí:

Příčina úmrtí: Nemoc Úraz

Jméno a adresa posledního praktického lékaře:

Adresa notáře – soudního komisaře projednávajícího dědictví:

NÁSLEDUJÍCÍ ČÁST VYPLŇTE, POKUD DOŠLO KE SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZUDošlo k úrazu při dopravní nehodě? Ano Ne

Uveďte podrobnosti úrazu (jak k úrazu došlo):

Bylo úmrtí vyšetřováno policií? Ano Ne

Pokud ano, uveďte kontaktní osobu, adresu příslušného oddělení policie, telefon a číslo jednací.

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY Kopie úmrtního listu nebo pravomocné usnesení o prohlášení Pojištěného dospělého za mrtvého Lékařská zpráva o příčině úmrtí Kopie protokolu policie v případě dopravní nehody, sebevraždy, trestného činu Jiné**POŽADOVANÝ DRUH VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ** jednorázově důchod dle příslušného produktu, specifikujte druh důchodu kombinace jednorázové výplaty a důchodu, specifikujte druh důchodu

Pokud požadujete výplatu pojistného plnění formou důchodu, uveďte prosím důvod Vaší volby:

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ ⁴⁾**Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:** převodem na vinkulačního věřitele:

Je-li plnění z pojištění vinkulováno, je pojišťovna oprávněna vyplatit jej obmyšlenému pouze s písemným souhlasem vinkulačního věřitele“.

 převodem na novou /existující smlouvu (uveďte číslo smlouvy) celé částky dílčí části ve výši Kč formou úhrady běžného pojistného jednorázového pojistného mimořádného pojistného

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

- v souladu s aktuálním alokačním poměrem
- do následujících fondů v daném poměru:

Zůstatek výplaty poukažte:

Číslo účtu _____ / _____ (kód banky) (plnění z pojištění nelze převést na termínovaný nebo spořicí účet)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ano ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

Adresu (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

PROHLÁŠENÍ, PODPISY A ZMOCNĚNÍ

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojistovny.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost získání dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároků vyplývajících z pojištění.

Odesláním oznámení pojistné události e-mailem berete na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje pojistitel přebírá až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Poskytujete souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jste uvedl/a v tomto oznámení pojistné události.

Současně potvrzujete, že vám byly poskytnuty a jsou vám známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (**Informační memorandum**) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz.

Dále prohlašujete, že jste osobou blízkou pojištěného zemřelého a s ohledem na ustanovení § 33 zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, udělujete pojistiteli, tj. Komerční pojišťovně a.s., souhlas, aby v souladu s občanským zákoníkem sám nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získával údaje o zdravotní stavu pojištěného zemřelého, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od lékaře pojištěného zemřelého, jeho zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňujete pojistitele, aby si od těchto osob či orgánů veřejné moci zjišťoval informace o zdravotním stavu pojištěného zemřelého, nahlížel do zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, pořizoval z nich výpisy či opisy. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťujete uvedené osoby a orgány veřejné moci jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to ve smyslu zákona číslo 372/2011, Sb., o zdravotních službách.

Datum

Jméno a příjmení obmyšleného / zákonného zástupce

Podpis obmyšleného / zákonného zástupce 5)

Potvrzují, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, je nutné doložit formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 4) pojistné plnění lze vyplácet vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet (není možné plnění zasílat na více adres či účtů).
- 5) totožnost obmyšleného, zákonného zástupce, opatrovníka byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti