

## Oznámení pojistné události – Ztráta zaměstnání

### 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 spolu s dalšími dokumenty zašlete e-mailem na [hlaseni@komercpoj.cz](mailto:hlaseni@komercpoj.cz) nebo poštou na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01, Jihlava**
5. 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: <sup>1)</sup>

Místo narození:

Pohlaví:

 Muž Žena

Stát narození:

Státní občanství:

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:

Forma pobytu:

 Trvalý Jiný

Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):

E-mail:

Telefon:

Preferovaný způsob komunikace:

 E-mail  Pošta

Číslo průkazu totožnosti:

Druh průkazu totožnosti:  OP  Jiný <sup>3)</sup> (uveďte) .....

Orgán, který průkaz totožnosti vydal:

Platnost průkazu od \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ do \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Politická expozice: <sup>2)</sup> Ano Ne

Výše splátky:

Datum splatnosti splátek:

### PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

- Kopie pracovní smlouvy nebo smlouvy o služebním poměru, včetně dodatků, příp. zápočtový list
- Kopie výpovědi nebo dohody o ukončení pracovního poměru, kde je uvedeno datum a důvod skončení pracovního poměru
- Kopie potvrzení Úřadu práce o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání
- Kopie rozhodnutí o ukončení služebního poměru
- U občanů jiného státu, než je EU kopie povolení k zaměstnání a povolení k trvalému pobytu
- Jiné

### ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění z pojištění, které mám u Vaší společnosti uzavřeno a vztahuje se k příčině vzniku škody, bude vyplaceno na níže uvedený účet nebo oprávněné osobě v souladu s pojistnými podmínkami.

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

Číslo účtu: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem?  Ano  Ne Pokud NE, prosím uveďte:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Adresu bydliště, včetně státu: \_\_\_\_\_

Důvod výplaty na účet jiné osoby: \_\_\_\_\_

Adresa: (Musí být na území České republiky! Uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu. Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.)

## PROHLÁŠENÍ, ZMOCNĚNÍ A PODPISY

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.

Souhlasím, aby pojistitel, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo další jí určené osoby uvedené v Informačním memorandu nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám podle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, abych si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, požadovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

**Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.**

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytuji souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události. Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

V případě, kdy se osobní údaje (zejména e-mailová adresa, telefonní kontakt, korespondenční adresa nebo trvalá adresa) o mně nebo pojištěných osobách, které pojistitel zpracovává, liší od údajů uvedených v tomto oznámení, beru na vědomí, že budou aktualizovány.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažených v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (Informační memorandum) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách <http://www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum>.

Beru na vědomí, že pojistitel si vyhrazuje právo před výplatou pojistného plnění provést řádnou identifikaci oprávněné osoby v souladu se zákonem 253/2008 Sb., nebo oprávněnou osobu vyzvat k identifikaci; identifikaci je možné zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře, na Czech Pointu nebo

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce <sup>4)</sup>

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti. <sup>5)</sup>

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplňte datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, vyplňte a přiložte formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz atp.
- 4) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce/ opatrovníka/ zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti tuto část vyplňuje poradce KP
- 5)