

Oznámení pojistné události – Invalidita / Průkaz ZTP/P (pro starobní důchodce)

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 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 (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :	
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		
Aktuální zaměstnání:		
INVALIDITA		
Invalidita byla způsobena:		
<input type="checkbox"/> Nemocí		
Jaká nemoc vedla k invaliditě?		
<input type="checkbox"/> Úrazem		
Datum úrazu: ____/____/____	Čas: _____	Místo úrazu: _____
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil.):		
Při úrazu s motorovým vozidlem uveďte SPZ:		
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:		
Jaké poranění jste utrpěl/a?		

PRŮKAZ ZTP/P (pro starobní důchodce)

Datum přiznání starobního důchodu: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Datum přiznání průkazu ZTP/P: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

ÚDAJE O LÉKAŘI A NEMOCNICI

Jméno a adresa praktického lékaře:

Telefon:

Jméno a adresa lékaře (včetně PSČ), který Vás vyšetřoval v souvislosti s výše uvedeným úrazem / nemocí, a který má k dispozici odpovídající zdravotnickou dokumentaci.

Telefon:

Jste v současné době invalidní?

 Ano Ne

Pokud ano, uveďte datum přiznání invalidity, stupeň a přiložte prosím fotokopii Posudku o invaliditě.

 invalidita 1. stupně od |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| invalidita 2. stupně od |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| invalidita 3. stupně od |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Jméno a adresa lékaře (včetně PSČ), který navrhl Vaši invaliditu.

Telefon:

Podstoupil/a jste v posledních 5 letech nějaké speciální lékařské vyšetření a/ nebo operaci?

 Ano Ne

Pokud ano, uveďte podrobnosti, v případě dostupnosti přiložte prosím fotokopii lékařské dokumentace týkající se těchto zákroků.

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY PRO INVALIDITU Výpis ze záznamu o jednání příslušného orgánu ČR Posudek o invaliditě vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení v ČR, včetně dokladů o důvodu přiznání Příslušnou lékařskou dokumentaci vztahující se k invaliditě Jiné**PŘILOŽENÉ DOKUMENTY PRO PŘIZNÁNÍ PRŮKAZU ZTP/P** Rozhodnutí o přiznání starobního důchodu nebo dokument prokazující pobírání starobního důchodu Rozhodnutí o přiznání průkazu ZTP/P vydaného příslušným Úřadem práce ČR Posudek schopnosti pohyblivosti a orientace vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení v ČR Příslušnou lékařskou dokumentaci prokazující důvod přiznání Průkazu ZTP/P Jiné

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění bude poukázáno Komerční bance, a.s. v souladu s pojistnými podmínkami.

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 pojišťovny.

Souhlasím, aby pojistitel, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo jí určené osoby 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 dle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala 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 poskytnu 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 známi 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 našich internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz

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 osobou vyzvat k identifikaci; identifikaci je možné zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře, na Czech Pointu nebo u poradce, se kterým bylo pojištění uzavřeno.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce 4)

Potvrzuji, 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) vyplňte 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) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti