

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 Kontaktní centrum 800 10 66 10
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01, Jihlava**
5. Identifikaci 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:

 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 3) (uveďte)

Orgán, který průkaz totožnosti vydal:

Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____

Politická expozice 2): ano ne

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

 kopie pracovní smlouvy nebo smlouvy o služebním poměru zápočtový list a kopie výpovědi eventuálně dohody o ukončení pracovního poměru, kde je uvedeno datum a důvod ukončení pracovního poměru rozhodnutí o ukončení služebního poměru potvrzení příslušného orgánu ČR o evidenci pojištěného v „evidenci uchazečů o zaměstnání“ (s výjimkou případů, kdy je pojištěný v pracovní neschopnosti, která navazuje na ukončení pracovního nebo služebního poměru) jiný dokument

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění bude poukázáno společnosti ESSOX s.r.o. v souladu s pojistnými podmínkami tohoto pojištění.

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.

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

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi 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 našich internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz.

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.

Dále **souhlasím / nesouhlasím*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum_____
Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce_____
Podpis pojištěného/ zákonného zástupce 4)

- 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 nehodící se štkněte
*)