

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 na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01, Jihlava**
5. Vaši identifikaci může při sepsování 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	

Výše splátky:

Datum splatnosti splátek:

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠTŮVEN

Máte uzavřenou pojistnou smlouvu u jiné pojišťovny na stejné pojistné nebezpečí? ano ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku (limity plnění) a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

- kopie pracovní smlouvy včetně dodatků
- zápočtový list a kopie výpovědi eventuálně dohody o ukončení pracovního poměru, kde je uvedeno datum a důvod ukončení pracovního poměru
- potvrzení úřadu práce o evidenci pojištěného v „evidenci uchazečů o zaměstnání“
- potvrzení o výši průměrného čistého výdělku
- u občanů jiného státu než je EU kopie povolení k zaměstnání a povolení k trvalému pobytu

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

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

převodem na novou /existující smlouvu (uvedte číslo smlouvy)

Číslo účtu _____ / _____ (kód banky)

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.:

Adresa (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, 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.

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.

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

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** 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)

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, 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