

## Oznámení pojistné události – pojištění odpovědnost - Poškozený

**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 informační lince Kontaktního centra 955 527 777 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** nebo e-mailem na [likvidace@komercpoj.cz](mailto:likvidace@komercpoj.cz)

Pojištění odpovědnosti z činnosti v běžném občanském životě	<input type="checkbox"/>
Pojištění odpovědnosti vlastníka, držitele, nájemce nebo správce nemovitosti	<input type="checkbox"/>
<b>ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM</b>	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	
E-mail:	Telefon:
<b>ÚDAJE O POŠKOZENÉM</b>	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
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):	
Vztah k pojištěnému:	
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 2) (uveďte) .....
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od  _ _ / _ _ / _ _ _ _  do  _ _ / _ _ / _ _ _ _
<b>ÚDAJE O ŠKODĚ</b>	
Datum vzniku škody:	Datum a čas zjištění:
Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ):	
Kdo první zjistil vznik škody (uveďte prosím jméno a telefonní číslo):	
Bližší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.):	
Předpokládaná výše škody:	

**ÚJMA NA ZDRAVÍ – ŠKODA NA VĚCI**

Prosíme, popište podrobně, jak došlo k újmě, co bylo příčinou újmy, co bylo poškozeno:

**DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI**

Jste vlastníkem věci, která byla poškozena nebo zničena?

ANO  NE 

Byla škoda způsobena úmyslně?

ANO  NE 

Hlásil/a jste škodu PČR nebo HZS?

ANO  NE 

Pokud ano, uveďte datum kdy?

Číslo spisu:

Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí?

ANO  NE 

Před vznikem škody:

ANO  NE 

Po vzniku škody:

ANO  NE **PŘÍLOŽENÉ DOKUMENTY** Zpráva Policie Zpráva HZS Fotodokumentace: Odborné posudky: Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené věci Jiné Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci:**ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN**Máte uzavřené pojištění 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.

**ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

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

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

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem?  ano  ne Pokud NE, uveďte prosím:

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

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

Adresa (uveďte jméno, příjmení, město, 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 pojišťovny.

Zmocňuji podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a. s., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

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.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum](http://www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum).

**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 pojišťovna až jejich přijetím na jeho poštovní server.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Jméno a příjmení poškozeného /zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Podpis poškozeného / zákonného zástupce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.