

Oznámení pojistné události – ošetřování dítěte

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy zahrnující pojištění ošetřování dítěte.**
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 sepisování tohoto oznámení 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 DÍTĚTI	
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
Politická expozice 2): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM / ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI – žadatele o ošetřovné	
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	
OŠETŘOVÁNÍ POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE – ÚDAJE K ŽADATELI O OŠETŘOVNÉ	
Vztah k pojištěnému dítěti:	
K datu zahájení ošetřování jsem:	
<input type="checkbox"/> osoba se zdanitelnými příjmy - OSVČ	
Popis podnikatelské činnosti	
Adresa místa podnikání / provozovny:	
Prohlašuji, že jsem v období od od ____/____/____ do ____/____/____ nevykonával výdělečnou činnost.	

OŠETŘOVÁNÍ POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE – ÚDAJE K ŽADATELI O OŠETŘOVNÉ osoba se zdanitelnými příjmy – v pracovním poměru

Název a adresa zaměstnavatele:

Kontakt na zaměstnavatele (e-mail, telefon):

Prohlašuji, že jsem v období od od ____/____/____ do ____/____/____ nevykonával výdělečnou činnost.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVENMáte uzavřenou pojistnou smlouvu pro ošetřování dítěte u jiné pojišťovny? ano ne

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

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY Lékařská dokumentace, příp. propouštěcí zpráva z nemocnice Lékařská zpráva o nutnosti nezbytného ošetřování Kopie policejního protokolu, pokud událost vyšetřovala policie Jiné**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 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, PODPISY A ZMOCNĚNÍ

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.

Prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem pojištěného dítěte a mám na jeho pojištění pojistný zájem.

Současně potvrzují, 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

Souhlasím, abyste si sami (nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře) získávali údaje o zdravotním stavu pojištěného dítěte, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od jeho lékaře, zdravotní pojišťovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiných pojistitelů, u kterých má pojištěné dítě podle dostupných informací sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. Pojištěné dítě nás tímto zmocňuje (resp. Vy jako jeho zákonný zástupce nás jeho jménem zmocňujete), abychom si od těchto osob a orgánů zjišťovali informace o jeho zdravotním stavu, nahlíželi do jeho zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, pořizovali z nich výpisy či opisy, a to i po jeho smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu pojištěné dítě zprošťuje (resp. Vy jako jeho zákonný zástupce jeho jménem zprošťujete) 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.

Poskytují 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 žadatele/ zákonného zástupce

Podpis žadatele/ zákonného zástupce 4)

Potvrzují, 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/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

Potvrzení ošetřujícího lékaře o nutnosti nezbytného ošetřování pojištěné osoby

Upozornění pro lékaře: Zprávu vyplňuje lékař:

- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
- pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte platnou odpověď křížkem.
- Náklady spojené s vyplněním Potvrzení ošetřujícího lékaře pojistitel nehradí (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost).

Příjmení a jméno pojištěného dítěte:	
Datum narození: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Rodné číslo: _ _ _ _ _ _ _ / _ _ _ _
Bydliště pojištěného dítěte:	
Datum úrazu / nemoci:	Kód diagnózy podle MKN-10
Místo úrazu:	
Popište okolnosti úrazu a zranění , které dítě utrpělo. V případě nemoci popište průběh:	
K prvnímu lékařskému ošetření došlo dne:	
Onemocněl/a a jeho/její stav vyžaduje nezbytné ošetřování jinou osobou	
ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Potřeba ošetřování skončila dne : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Datum příští kontroly v případě, že doba nezbytného ošetřování zatím trvá: _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Při prodloužení obvyklé doby léčení uveďte důvody (komplikace od – do)	
Jméno a adresa lékaře / zdravotnického zařízení:	
Jiná sdělení lékaře:	
Místo a datum	Razítko a podpis lékaře