

Oznámení pojistné události – POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI – Pojištěný

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 elektronicky na e-mail likvidace@komercpoj.cz** nebo na poštovní adresu: Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo: 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):	
Vztah k pojištěnému:	
Zákonný zástupce u pojištěného dítěte:	
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⁾ (uvedte).....
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____
ÚDAJE O POŠKOZENÉM I	
Příjmení a jméno / Název firmy:	Rodné číslo ¹⁾ / IČO:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	
Vztah k pojištěnému:	
E-mail:	Telefon:
ÚDAJE O ŠKODĚ	
Datum vzniku škody:	Datum a čas zjištění:
Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ):	
Kdo první zjistil vznik škody (uvedte prosím jméno a telefonní číslo):	
Bližší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.):	

ÚDAJE O POŠKOZENÉM II

Příjmení a jméno / Název firmy:

Rodné číslo ¹⁾ / IČO:

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:

Vztah k pojištěnému:

E-mail:

Telefon:

ÚDAJE O ŠKODĚ

Datum vzniku škody:

Datum a čas zjištění:

Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ):

Kdo první zjistil vznik škody (uvedte prosím jméno a telefonní číslo):

Bližší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.):

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

Byla škoda způsobena úmyslně?

 Ano Ne

Hlásil/a jste škodu PČR nebo HZS?

 Ano NePokud ano, uveďte datum kdy? _ _ / _ _ / _ _ _ _

Číslo spisu:

Považujete nárok poškozeného za oprávněný?

 Ano Ne

Pokud ano, v jaké výši:

Poskytl jste poškozenému náhradu škody?

 Ano NePokud ano, kdy a v jaké výši? _ _ / _ _ / _ _ _ _

Výše náhrady:

Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí?

 Ano Ne

Před vznikem škody:

 Ano Ne

Po vzniku škody:

 Ano Ne

PŘÍLOŽENÉ DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zpráva Policie | <input type="checkbox"/> Zpráva HZS |
| <input type="checkbox"/> Fotodokumentace | <input type="checkbox"/> Odborné posudky |
| <input type="checkbox"/> Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené věci | <input type="checkbox"/> Jiné (uvedte) |
| <input type="checkbox"/> Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci | |

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

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

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 další jí určené osoby uvedené 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. Zmocňuji pojišťovnu, abych si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, požadovala 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 poskytuji souhlas k zasílání 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 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 <http://www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum>.

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 osobu 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 ³⁾ _____

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.⁴⁾

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČO poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz atp.

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

4) tuto část vyplňuje poradce KP