

Oznámení pojistné události – Úmrtí

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy / úvěrového účtu / kreditní karty.
2. **Bez kompletního vyplnění oznámení nelze zahájit šetření a může se podstatně prodloužit doba likvidace.**
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 e-mailem na hlaseni@komercpoj.cz nebo poštou na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01, Jihlava**
5. Pokud je obmyšlenou osobou nezletilé dítě pojištěného a o výplatu pojistného plnění žádá zákonný zástupce nezletilého dítěte / dětí, je nutné zajistit Identifikaci zástupce klienta.
6. Vaši identifikaci může při sepisování 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: ¹⁾
Adresa trvalého nebo jiného pobytu, včetně státu:	
Datum úmrtí:	
ÚDAJE O OPRAVNĚNÉ / OBYŠLENÉ OSOBĚ	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo: ¹⁾
Vztah k pojištěnému:	
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⁾ (uvedte)
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____
Politická expozice: ²⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
PODROBNOSTI O ÚMRTÍ	
Místo úmrtí:	Příčina úmrtí: <input type="checkbox"/> Nemoc <input type="checkbox"/> Úraz
Jméno a adresa posledního praktického lékaře a ošetřujícího lékaře:	
Adresa notáře – soudního komisaře projednávajícího dědictví:	
NÁSLEDUJÍCÍ ČÁST VYPLŇTE, POKUD DOŠLO KE SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU	
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Uveďte podrobnosti úrazu (jak k úrazu došlo):	
Bylo úmrtí vyšetřováno policií?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte kontaktní osobu, adresu příslušného oddělení policie, telefon a číslo jednací.	

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY A INFORMACE Kopie úmrtního listu nebo pravomocné usnesení o prohlášení Pojištěného dospělého za mrtvého Lékařská zpráva o příčině úmrtí, případně pitevní protokol Kopie protokolu policie v případě dopravní nehody, sebevraždy, trestného činu**ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Pojistné plnění z pojištění, které mám u Vaší společnosti uzavřeno a vztahuje se k příčině vzniku škody, bude vyplaceno na níže uvedený účet nebo oprávněné osobě v souladu s pojistnými podmínkami.

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

 Číslo účtu: _____ / _____ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Ano Ne Pokud NE, prosím uveďte:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: _____

Datum narození: _____ Adresu bydliště, včetně státu: _____

Důvod výplaty na účet jiné osoby: _____

 Adresa: (Musí být na území České republiky! Uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu.

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.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost získání dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistných nároků vyplývajících z pojištění.

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu 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 pojištitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále prohlašuji, že jsem osobou blízkou pojištěného zemřelého a s ohledem na ustanovení § 33 zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, uděluji pojištiteli, tj. Komerční pojišťovně a.s., souhlas, aby v souladu s občanským zákoníkem sám nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získával údaje o zdravotním stavu pojištěného zemřelého, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od lékaře pojištěného zemřelého, jeho zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojištitele, aby si od těchto osob či orgánů veřejné moci zjišťoval informace o zdravotním stavu pojištěného zemřelého, nahlížel do zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, pořizoval z nich výpisy či opisy. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány veřejné moci jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to ve smyslu zákona číslo 372/2011, Sb., o zdravotních službách.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojištitелеm 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 pojištitel 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 pozůstalé osoby

Podpis pozůstalé osoby ⁴⁾**Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti. ⁵⁾**

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplní se 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 pozůstalé osoby byla ověřena dle průkazu totožnosti
- 5) tuto část vyplňuje poradce KP