

Oznámení pojistné události – Pojištění PLATEBNÍCH KARET A OSOBNÍCH VĚCÍ

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo Smlouvy o bankovní službě.**
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 800 106 610 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 skody@komercpoj.cz

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 2) (uveďte)
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____

ÚDAJE O ŠKODĚ

Datum a čas události:	Místo události:
Typ události: <input type="checkbox"/> Ztráta <input type="checkbox"/> Loupež / Krádež <input type="checkbox"/> Zneužití <input type="checkbox"/> Poplatky	
Byla událost šetřena policií? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte prosím, kdy a kde byla událost na polici šetřena, případně uveďte číslo spisu:	
(Pozn. na naši adresu zašlete také zprávu o šetření události)	
Bylo provedeno lékařské ošetření? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte prosím, kdy a kde bylo provedeno lékařské ošetření?	

DRUH ŠKODY OZNAČTE KŘÍŽKEM

Krádež/Loupež/Ztráta

- Krádež, loupež osobních věcí běžně nošených u sebe, včetně krádeže, loupeže hotovosti do limitu 2 000 Kč
- Krádež, loupež mobilního telefonu
- Krádež, loupež, ztráta klíčů (od domu, vozidla, bezpečnostní schránky)
- Krádež, loupež, ztráta osobních dokladů (cestovní průkaz, občanský průkaz, řidičský průkaz, OTP apod.)
- Ztráta peněženky, příruční tašky, dioptrických a slunečních brýlí, léků a zdravotních pomůcek
- Krádež, loupež, ztráta hotovosti do 48 hod. od výběr z bankomatu nebo na pobočce (ztráta hotovosti je podmíněna výlučně náhlou nevolností se ztrátou vědomí nebo po dopravní nehodě, ve které jste byl fyzicky zraněn)

Zneužití

- Zneužití karty 3. osobou po její ztrátě či odcizení (vč. plateb na internetu a neoprávněného výběru z ATM)
- Zneužití karty 3. osobou, aniž by došlo k odcizení či ztrátě (zneužití údajů karty)
- Zneužití bankovníctví (neoprávněná platba provedena 3. osobou)
- Zneužití mobilního telefonu (náklady na volání, zaslání SMS/MMS a přístup na internet)

Poplatky

- Poplatky za zaslání náhradních finančních prostředků – Emergency cash (v případě krádeže či loupeže karty a hotovosti)

SEZNAM OSOBNÍCH VĚCÍ (v případě potřeby přiložte seznam)

Poř.č.	Název	Výskyt věci v době poj. události	Pořizovací cena

Čestně prohlášení a volná forma popisu okolností a průběhu pojistné události (případně doložte na přílohu k tomuto hlášení):

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

Máte uzavřené pojištění u jiné pojišťovny na stejné pojistné nebezpečí? Ano Ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, příp. pojistnou částku (limity plnění).

Uplatnil jste u této pojišťovny nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění. Ano Ne

ÚDAJE O VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění. 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: (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, 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 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.

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>.

Datum_____
Jméno a příjmení pojištěného / zákonného zástupce_____
Podpis pojištěného/ zákonného zástupce

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