

## Oznámení pojistné události – Invalidita / Průkaz ZTP/P (pro starobní důchodce)

### Pokyny pro vyplnění formuláře:

- Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
- U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
- 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.
- Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete e-mailem na [hlaseni@komercpoi.cz](mailto:hlaseni@komercpoi.cz) nebo poštou na naši korespondenční adresu:  
**Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
- 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 (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):	
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 <sup>3)</sup> (uveďte) .....
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____
Politická expozice <sup>2)</sup> : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Aktuální zaměstnání:	

### INVALIDITA

Invalidita byla způsobena:
<input type="checkbox"/> Nemocí
Jaká nemoc vedla k invaliditě?
<input type="checkbox"/> Úrazem
Datum úrazu: ____/____/____ Čas: Místo úrazu:
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil.):
Při úrazu s motorovým vozidlem uveďte SPZ:
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:
Jaké poranění jste utrpěl/a?

**PRŮKAZ ZTP/P (pro starobní důchodce)**

Datum přiznání starobního důchodu: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Datum přiznání průkazu ZTP/P: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**ÚDAJE O LÉKAŘI A NEMOCNICI**

Jméno a adresa praktického lékaře:

Telefon:

Jméno a adresa lékaře (včetně PSČ), který Vás vyšetřoval v souvislosti s výše uvedeným úrazem / nemocí, a který má k dispozici odpovídající zdravotnickou dokumentaci.

Telefon:

Jste v současné době invalidní?

 Ano Ne

Pokud ano, uveďte datum přiznání invalidity, stupeň a přiložte prosím fotokopii Posudku o invaliditě.

 invalidita 1. stupně od |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| invalidita 2. stupně od |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| invalidita 3. stupně od |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Jméno a adresa lékaře (včetně PSČ), který navrhl Vaši invaliditu.

Telefon:

Podstoupil/a jste v posledních 5 letech nějaké speciální lékařské vyšetření a/ nebo operaci?

 Ano Ne

Pokud ano, uveďte podrobnosti, v případě dostupnosti přiložte prosím fotokopii lékařské dokumentace týkající se těchto zákroků.

**PŘILOŽENÉ DOKUMENTY PRO INVALIDITU** Výpis ze záznamu o jednání příslušného orgánu ČR Posudek o invaliditě vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení v ČR, včetně dokladů o důvodu přiznání Příslušnou lékařskou dokumentaci vztahující se k invaliditě Jiné**PŘILOŽENÉ DOKUMENTY PRO PŘIZNÁNÍ PRŮKAZU ZTP/P** Rozhodnutí o přiznání starobního důchodu nebo dokument prokazující pobírání starobního důchodu Rozhodnutí o přiznání průkazu ZTP/P vydaného příslušným Úřadem práce ČR Posudek schopnosti pohyblivosti a orientace vydaný příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení v ČR Příslušnou lékařskou dokumentaci prokazující důvod přiznání Průkazu ZTP/P Jiné

**ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

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

 Převodem na novou / existující smlouvu (uveďte číslo smlouvy): \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

 **Adresu:** (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 pojistovny.

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 jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám podle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. 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, požizovala 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 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.

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 obsažených 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 4) \_\_\_\_\_

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

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny \_\_\_\_\_

Podpis zástupce pojišťovny \_\_\_\_\_

Název společnosti \_\_\_\_\_

Kód společnosti \_\_\_\_\_

IČO 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, je nutné doložit formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 4) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti