

Oznámení pojistné události – MERLIN JUNIOR

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 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** nebo e-mailem na **skody@komercpoj.cz**
5. Vaši identifikaci může při sepsování 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 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

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

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):

Vztah k pojištěnému:

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 __ _ / __ _ / __ _

ÚDAJE O ŠKODĚ

Datum a čas události:	
Místo události:	
Typ události: <input type="checkbox"/> ztráta <input type="checkbox"/> loupež <input type="checkbox"/> krádež	
Byla událost šetřena policií? Pokud ano, uveďte prosím datum (Pozn. na naši adresu zašlete také zprávu o šetření události)	Adresa a č.j.:
Bylo provedeno lékařské ošetření? Pokud ano, kdy a kde?	

DRUH ŠKODY - OZNAČTE KŘÍŽKEM

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zneužití karty 3. osobou | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež tabletu, čtečky, notebooku |
| <input type="checkbox"/> Krádež, loupež, hotovosti do 48 hod. od výběru z bankomatu nebo na pobočce | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež školní tašky či batohu |
| <input type="checkbox"/> Krádež, loupež, ztráta klíčů (od domu, vozidla, bezpečnostní schránky) | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež ostatní osobní věci (sportovní vybavení, hudební nástroje, apod.) |
| <input type="checkbox"/> Krádež, loupež, ztráta osobních dokladů (pas, čip/karta do školní jídelny, ISIC karta, průkazka na dopravu) | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež mobilního telefonu, včetně jeho zneužití |
| | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež hotovosti |

SEZNAM OSOBNÍCH VĚCÍ (v případě potřeby přiložte seznam)

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

Čestné prohlášení a volná forma popisu okolností a průběhu pojistné události:

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

 Máte uzavřenou pojistnou smlouvu u jiné pojišťovny na stejný pojistný 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.

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, 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.

Současně potvrzuji, 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 pojišťitelů, 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, požadovali 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.

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 pojišťitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím / nesouhlasím*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojišťitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum _____ Jméno a příjmení zákonného zástupce _____ Podpis zákonného zástupce 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 pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti
5) tato část je vyplněna pouze v případě, že žadatele ověřil poradce KP, jinak ponechejte prázdné
*) nehodící se škrtněte