

## Oznámení pojistné události Zproštění od placení v případě invalidity III. stupně

### 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.**
5. 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 POJISTNÍKVI	
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 2): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
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 2): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

**ÚDAJE K INVALIDITĚ**

Invalidní důchod byl přiznán Okresní správou sociálního zabezpečení dne \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Invalidita byla způsobena:

 Nemocí  Úrazem

K úrazu došlo dne \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hodina: ..... Místo: .....

Popište, prosím, podrobně a souvisle jak k úrazu došlo:

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil.):

**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:

**ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN**Máte uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejné pojistné nebezpečí u jiné pojišťovny?  ano  ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

**PŘILOŽENÉ DOKUMENTY** Rozhodnutí OSSZ o přiznání invalidity Posudek o invaliditě, příp. záznam OSSZ o jednání k posouzení zdravotního stavu Jiné**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, 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.

Souhlasím, aby pojišťovna, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo jí určené osoby 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, u kterých mám dle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala 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.

**Pojišťovna si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.**

Poskytují souhlas k zaslání sdělení týkající 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 pojišťovna až jejich přijetím na jeho poštovní server.

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

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Jméno a příjmení pojistníka/ zákonného zástupce\_\_\_\_\_  
Podpis pojistníka/ zákonného zástupce 4)\_\_\_\_\_  
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\_\_\_\_\_  
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/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti