

Oznámení pojistné události – Merlin Junior – pojištění odpovědnosti - Poškozený

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 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 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
ÚDAJE O POŠKOZENÉM	
Příjmení a jméno/Název firmy:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)/IČO 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 vzniku škody:

Datum a čas zjištění:

Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ):

Kdo první zjistil vznik škody (uveďte prosím jméno a telefonní číslo)

ÚJMA NA ZDRAVÍ – ŠKODA NA VĚCI

Prosíme, popište podrobně, jak došlo k újmě, co bylo příčinou újmy, co bylo poškozeno:

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTIJste vlastníkem věci, která byla poškozena nebo zničena? ANO NE Byla škoda způsobena úmyslně? ANO NE Hlásil/a jste škodu PČR nebo HZS? ANO NE

Pokud ano, uveďte datum kdy? Číslo spisu:

Budete náhradu újmy uplatňovat z jiného pojištění? ANO NE

Pokud ano, uveďte název pojistitele a adresu:

Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí? ANO NE Před vznikem škody: ANO NE Po vzniku škody: ANO NE **PŘÍLOŽENÉ DOKUMENTY**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zpráva Policie | <input type="checkbox"/> Zpráva HZS |
| <input type="checkbox"/> Fotodokumentace: | <input type="checkbox"/> Odborné posudky: |
| <input type="checkbox"/> Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené věci | <input type="checkbox"/> Jiné |
| <input type="checkbox"/> Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci: | |

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVENMáte uzavřenou pojistnou smlouvu u jiné pojišťovny na stejné pojistné 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 pojišťovny.

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 pojistitelů, 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, pořizovali 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.

Zmocňuji podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a. s., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisy a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

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

Poskytují souhlas k zasílání 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 zaslané osobní údaje přebírá pojistitel 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 pojistitel 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) tuto část vyplňuje poradce KP
- *) nehodící se škrtněte