

Oznámení pojistné události – Vega / SuperVega

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 955 527 888 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. Vyplněné a podepsané oznámení můžete zaslat elektronicky na adresu 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 <input type="checkbox"/> Krádež
Byla událost šetřena policií?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte prosím datum: (Pozn. na naši adresu zašlete také zprávu o šetření události)	Adresa policie a č.j.:
Bylo provedeno lékařské ošetření?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, kdy a kde?	

DRUH ŠKODY OZNAČTE KŘÍŽKEM**Krádež/Loupež/Ztráta**

- Krádež, loupež, ztráta příruční tašky, peněženky, slunečních či dioptrických brýlí, léků, zdravotních pomůcek
- Krádež, loupež mobilního telefonu
- Krádež, loupež, ztráta klíčů (od domu, vozidla)
- Krádež, loupež, ztráta osobních dokladů (cestovní průkaz, občanský průkaz, řidičský průkaz, OTP apod.)
- Krádež, loupež, ztráta hotovosti do 48 hod. od výběru 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)
- Poplatky související s vydáním nové Karty po její Stoplistaci

Zneužití

- Zneužití karty 3. osobou po její ztrátě či krádeži, loupeži (vč. plateb na internetu a neoprávněného výběru z ATM)
- Zneužití mobilního telefonu (náklady na volání, zasílání SMS/MMS a přístup na internet)

Pojištění nově zakoupeného zboží

- Krádež, loupež zakoupeného zboží (v hodnotě alespoň 1 300 Kč)
- Poškození zakoupeného zboží
- Dodání poškozeného či jiného zboží

Zjištění nižší ceny

- Zjištění nižší ceny zboží zakoupeného v kamenném obchodě

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 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. 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, 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.

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.