

Oznámení pojistné události – pojištění odpovědnosti - Pojištěný

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 informační lince Kontaktního centra 955 527 777 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 likvidace@komercpoj.cz

Pojištění odpovědnosti z činnosti v běžném občanském životě	<input type="checkbox"/>
Pojištění odpovědnosti vlastníka, držitele, nájemce nebo správce nemovitosti	<input type="checkbox"/>
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):	
Vztah k pojištěnému:	
Zákonný zástupce u pojištěného dítěte:	
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 POŠKOZENÉM	
Příjmení a jméno/Název firmy:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)/IČO ¹⁾ :
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	
Vztah k pojištěnému:	
E-mail:	Telefon:
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):	
Bližší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.):	

ÚJMA NA ZDRAVÍ – ŠKODA NA VĚCI

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

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTIByla škoda způsobena úmyslně? ANO NE Hlásil/a jste škodu PČR nebo HZS? ANO NE

Pokud ano, uveďte datum kdy? Číslo spisu:

Považujete nárok poškozeného za oprávněný? ANO NE

Pokud ano, v jaké výši:

Poskytl jste poškozenému náhradu škody? ANO NE

Pokud ano, uveďte kým, kdy a v jaké výši?

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 uzavřené pojištění 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.

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.

Současně potvrzují, 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.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum.

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 výpisky a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

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-máilem 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.

V případě, kdy se osobní údaje (zejména e-mailová adresa, telefonní kontakt, korespondenční adresa nebo trvalá adresa) o mně nebo pojištěných osobách, které pojišťovna zpracovává, liší od údajů uvedených v tomto oznámení, beru na vědomí, že budou aktualizovány.

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.