

Oznámení pojistné události – POJIŠTĚNÍ MAJETKU

Pokyny pro vyplnění formuláře:

- Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy**.
- U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
- 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.
- Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete elektronicky na e-mail likvidace@komercpoi.cz nebo poštou na korespondenční adresu: Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.
- Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce.

Pojištění domácnosti <input type="checkbox"/>	Pojištění nemovitosti <input type="checkbox"/>
ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození):
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 ¹⁾ (uveďte).....
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _
ÚDAJE O ŠKODĚ	
Datum vzniku pojistné události:	Datum a čas zjištění:
Předpokládaný odhad vzniklé škody:	
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.):	
Byla pojištěná věc (nemovitost) před Datem vzniku pojistné události poškozena?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ANO, popište jak?	

PŘÍČINA A POPIS ŠKODY

Prosím uveďte podrobný popis pojistné události, včetně bližší specifikace poškozených, zničených nebo odcizených věcí:

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE KE ŠKODĚJste vlastníkem věci, která byla poškozena, zničena nebo odcizena? Ano NeHlásil/a jste škodu PČR? Ano Ne

Pokud ano, uveďte datum kdy? |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Číslo spisu:

Hlásil/a jste škodu HZS? Ano Ne

Pokud ano, uveďte datum kdy? |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Požární útvar:

Byla škoda zaviněna cizí osobou? Ano Ne

Pokud ano, uveďte jméno, adresu a vztah k pojištěnému:

Má viník uzavřené pojištění odpovědnosti za újmu? Ano Ne Nevím

Pokud ano, uveďte název pojistitele a adresu:

Vznikla Vám škoda již dříve na poškozených věcech? Ano Ne

Pokud ano, uveďte kdy? |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Výše škody:

Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí? Ano NePřed vznikem škody: Ano NePo vzniku škody: Ano Ne**ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN**Máte 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.

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY Zpráva PČR Zpráva HZS Fotodokumentace Odborné posudky Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené nebo odcizené věci Jiné Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci:

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍŽádám 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:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: _____ Vztah k pojištěnému: _____

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 pojišťitel, 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 jakéhokoliv 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, požadovala 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 pojišťitel 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 pojišťitel 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>.

Beru na vědomí, že pojišťitel si vyhrazuje právo před výplatou pojistného plnění provést řádnou identifikaci oprávněné osoby v souladu se zákonem 253/2008 Sb., nebo oprávněnou osobu vyzvat k identifikaci; identifikaci je možné zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře, na Czech Pointu nebo u poradce, se kterým bylo pojištění uzavřeno.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce ²⁾**Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti. ³⁾**

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČO poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

1) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz atp.

2) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

3) tuto část vyplňuje poradce KP