

Oznámení pojistné události – Úmrtí

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 e-mailem na hlaseni@komercpoj.cz nebo poštou na adresu:** Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01, Jihlava
5. Pokud je obmyšlenou osobou nezletilé dítě pojištěného a o výplatu pojistného plnění žádá zákonný zástupce nezletilého dítěte/dětí, je nutné zajistit Identifikaci zástupce klienta.
6. 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

Příjmení a jméno:

Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození):

Adresa trvalého nebo jiného pobytu, včetně státu:

Datum úmrtí:

ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ / OBMYŠLENÉ OSOBĚ

Příjmení a jméno:

Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození):

Vztah k pojištěnému:

Místo narození:

Pohlaví:

☐ Muž☐ Žena

Stát narození:

Státní občanství:

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:

Forma pobytu:

☐ Trvalý☐ Jiný

Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):

E-mail:

Telefon:

Preferovaný způsob komunikace:

☐ E-mail☐ Pošta

Číslo průkazu totožnosti:

Druh průkazu totožnosti:

☐ OP☐ Jiný²⁾ (uveďte)

Orgán, který průkaz totožnosti vydal:

Platnost průkazu od |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| do |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Politická expozice:¹⁾☐ Ano☐ Ne

PODROBNOSTI O ÚMRTÍ

Místo úmrtí:

Příčina úmrtí: ☐ Nemoc ☐ Úraz

Jméno a adresa posledního praktického lékaře:

Adresa notáře – soudního komisaře projednávajícího dědictví:

NÁSLEDUJÍCÍ ČÁST VYPLŇTE, POKUD DOŠLO KE SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZUDošlo k úrazu při dopravní nehodě? ☐ Ano ☐ Ne

Uveďte podrobnosti úrazu (jak k úrazu došlo):

Bylo úmrtí vyšetřováno policií? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, uveďte kontaktní osobu, adresu příslušného oddělení policie, telefon a číslo jednací.

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY☐ Kopie úmrtního listu nebo pravomocné usnesení o prohlášení Pojištěného dospělého za mrtvého☐ Lékařská zpráva o příčině úmrtí☐ Kopie protokolu policie v případě dopravní nehody, sebevraždy, trestného činu☐ Jiné**POŽADOVANÝ DRUH VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ**☐ Jednorázově☐ Důchod dle příslušného produktu, specifikujte druh důchodu☐ Kombinace jednorázové výplaty a důchodu, specifikujte druh důchodu

Pokud požadujete výplatu pojistného plnění formou důchodu, uveďte prosím důvod Vaší volby:

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ ³⁾**Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:**☐ převodem na vinkulačního věřitele:

Je-li plnění z pojištění vinkulováno, je pojišťovna oprávněna vyplatit jej obmyšlenému pouze s písemným souhlasem vinkulačního věřitele.

☐ převodem na novou / existující smlouvu (uveďte číslo smlouvy):☐ celé částky ☐ dílčí části ve výši Kč☐ formou úhrady ☐ běžného pojistného ☐ jednorázového pojistného ☐ mimořádného pojistného

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

- ☐ v souladu s aktuálním alokačním poměrem
- ☐ do následujících fondů v daném poměru:

Zůstatek výplaty poukažte:☐ Číslo účtu: _____ / _____ (kód banky)

Jméno a příjmení vlastníka účtu: _____

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ☐ Ano ☐ Ne Pokud NE, prosím uveďte:

Datum narození: _____ Adresu bydliště, včetně státu: _____

Důvod výplaty na účet jiné osoby: _____

☐ **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, 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. **Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost získání dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistných nároků vyplývajících z pojištění.**

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytuji 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 zaslání osobní údaje přebírá pojišťovna až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále prohlašuji, že jsem osobou blízkou pojištěného zemřelého a s ohledem na ustanovení § 33 zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, uděluji pojišťovně, tj. Komerční pojišťovně a.s., souhlas, aby v souladu s občanským zákoníkem sám nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získával údaje o zdravotní stavu pojištěného zemřelého, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od lékaře pojištěného zemřelého, jeho zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů veřejné moci zjišťoval informace o zdravotním stavu pojištěného zemřelého, nahlížel do zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, pořizoval z nich výpisy či opisy. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány veřejné moci jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to ve smyslu zákona číslo 372/2011, Sb., o zdravotních službách.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojišťovnou 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 pojišťovna 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 obmyšleného / zákonného zástupce _____ Podpis obmyšleného / zákonného zástupce⁴⁾ _____

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny	Podpis zástupce pojišťovny
Název společnosti	Kód společnosti
Kód poradce	Telefon poradce
	E-mail poradce

1) pokud jste politicky exponovanou osobou, je nutné doložit formulář „Čestné prohlášení o PEP“

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

3) pojistné plnění lze vyplácet vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)

4) totožnost obmyšleného, zákonného zástupce, opatrovníka byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti