

## Oznámení pojistné události – pojištění odpovědnost – 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 informační lince Kontaktního centra 955 527 777 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty **zašlete elektronicky na e-mail [likvidace@komercpoj.cz](mailto:likvidace@komercpoj.cz)** nebo na poštovní adresu: Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce.

### ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Příjmení a jméno: Rodné číslo: <sup>1)</sup>

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:

E-mail: Telefon:

### ÚDAJE O POŠKOZENÉM – FYZICKÁ OSOBA NEPODNIKAJÍCÍ

Příjmení a jméno: Rodné číslo: <sup>1)</sup>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):

Vztah k pojištěnému:

E-mail: Telefon:

Preferovaný způsob komunikace:  E-mail  PoštaČíslo průkazu totožnosti: Druh průkazu totožnosti:  OP  Jiný <sup>2)</sup> (uvedte) .....

Orgán, který průkaz totožnosti vydal: Platnost průkazu od |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| do |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

### FYZICKÁ OSOBA PODNIKAJÍCÍ / PRÁVNICKÁ OSOBA

Obchodní firma nebo název právnické osoby:

Identifikační číslo nebo obdobné číslo přidělené v zahraničí:

Adresa sídla včetně státu:

### IDENTIFIKACE OSOBY ZASTUPUJÍCÍ PRÁVNICKOU OSOBU

Forma zastoupení:  Zákonné  Smluvní  Opatrovnictví  Zaměstnanec v obvyklém rozsahuPříjmení a jméno: Rodné číslo: <sup>1)</sup>Místo narození: Pohlaví:  Muž  Žena

Stát narození: Státní občanství:

E-mail: <sup>3)</sup> Telefon: <sup>3)</sup>

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:

Forma pobytu:  Trvalý  Jiný

**ÚDAJE O ŠKODĚ**

Datum vzniku škody:

Datum a čas zjištění:

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

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

Bližší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.):

Předpokládaná výše škody:

**ÚJMA NA ZDRAVÍ / ŠKODA NA VĚCI**

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

**DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI**

Jste 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:

Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí?

 Ano NePřed vznikem škody:  Ano  NePo vzniku škody:  Ano  Ne**PŘÍLOŽENÉ DOKUMENTY** Zpráva Policie Zpráva HZS Fotodokumentace Odborné posudky Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené věci Jiné Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci**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:

**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, prosím uveďte:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Adresu 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 poskytují 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>.

Beru na vědomí, že pojistitel 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 poškozeného /zákonného zástupce\_\_\_\_\_  
Podpis poškozeného / zákonného zástupce <sup>4)</sup>

**Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti. <sup>5)</sup>**

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

1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

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

3) jedná se o dobrovolný údaj

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