KB Pojišťovna

Číslo pojistné smlouvy

Oznámení pojistné události – pojištění majetku

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 na adresu: **AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava**, nebo e-mailem na **kp@axa-assistance.cz**
5. 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.

Pojištění domácnosti ☐ **Pojištění nemovitosti** ☐

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)1):
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 ☐ Jiný 2) (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.)	

PŘÍČÍNA A POPIS ŠKODY

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

SOCIETE GENERALE GROUP
Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem:
nám.Junkových 2772/1, 155 00 Praha 5, IČO: 63998017
ZAPSANÁ V OBCHODNÍM REJSTŘÍKU VEDENÉM MĚSTSKÝM SOUDEM V PRAZE, ODDÍL B, VLOŽKA 3362

HLASPUNEMDOM

KB Pojišťovna

Číslo pojistné smlouvy

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE KE ŠKODĚ

Jste vlastníkem věci, která byla poškozena, zničena nebo odcizena? ANO ☐ NE ☐

Hlásil/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? Výši škody

Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí? ANO ☐ NE ☐

Před vznikem škody: ANO ☐ NE ☐ Po 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 uplatňujte 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 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, uveďte prosím vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

☐ Adresa (*uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu),* adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

SOCIETE GENERALE GROUP
Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem:
nám. Junkových 2772/1, 155 00 Praha 5, IČO: 63998017
ZAPSANÁ V OBCHODNÍM REJSTŘÍKU VEDENÉM MĚSTSKÝM SOUDEM V PRAZE, ODDÍL B, VLOŽKA 3362

HLASPUNEMDOM

KB Pojišťovna

Číslo pojistné smlouvy

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 potvrzuji, 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.kb-pojistovna.cz

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

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 zaslané osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím / nesouhlasím*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum	Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce	Podpis pojištěného/ zákonného zástupce 3)

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti. 4)

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny		Podpis zástupce pojišťovny
Název společnosti	Kód společnosti	IČ 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) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti
4) tuto část vyplňuje poradce KP
*) nehodící se škrtněte

SOCIETE GENERALE GROUP
Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem:
nám. Junkových 2772/1, 155 00 Praha 5, IČO: 63998017
ZAPSANÁ V OBCHODNÍM REJSTŘÍKU VEDENÉM MĚSTSKÝM SOUDEM V PRAZE, ODDÍL B, VLOŽKA 3362

HLASPUNEMDOM