

Oznámení pojistné události – Merlin Junior – pojištění odpovědnost - 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 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: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava** nebo e-mailem na **skody@komercpoj.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.

| ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM DÍTĚTI | |
|---|--|
| 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 |
| ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI | |
| 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: | |
| E-mail: | Telefon: |
| Číslo průkazu totožnosti: | Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný 3) (uveďte) |
| Orgán, který průkaz totožnosti vydal: | Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____ |
| Preferovaný způsob komunikace: | <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta |
| ÚDAJE O POŠKOZENÉM | |
| Příjmení a jméno/Název firmy: | Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)/IČO ¹⁾ : |
| Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu: | Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný |
| Vztah k pojištěnému: | |
| E-mail: | Telefon: |
| Preferovaný způsob komunikace: | <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta |

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 UDÁLOSTI

Byla 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** 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.

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

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 uvedeného 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.

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 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 zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce 4)

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti 5).

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplní se datem narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, je nutné doložit formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 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
- *) nehodící se škrtněte