

Oznámení pojistné události – VEGA / SUPER VEGA

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

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 ³⁾ (uveďte)		
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____		

ÚDAJE O ŠKODĚ

Datum a čas události:	
Místo události:	
Typ události:	☐ ztráta ☐ loupež ☐ krádež
Byla událost šetřena policií? Pokud ano, uveďte prosím datum (Pozn. na naši adresu zašlete také zprávu o šetření události)	Adresa a č.j.:
Bylo provedeno lékařské ošetření? Pokud ano, kdy a kde?	

DRUH ŠKODY OZNAČTE KŘÍŽKEM

- | | |
|---|---|
| ☐ Platba kartou | ☐ Osvědčení o technickém průkazu |
| ☐ Výběr z bankomatu | ☐ Cestovní pas |
| ☐ Hotovost vybraná 48 hodin před loupeží | ☐ Mobilní telefon |
| ☐ Klíče od domu, bytu | ☐ Zneužití mobilního telefonu |
| ☐ Klíče od vozidla | ☐ Klíče od domu, bytu |
| ☐ Občanský průkaz | ☐ Krádež/loupež zakoupeného zboží (pouze u pojištění Super Vega) |
| ☐ Povolení k trvalému pobytu | ☐ Poškození zakoupené zboží (pouze u pojištění Super Vega) |
| ☐ Řidičský průkaz | ☐ Pojištění nejnižší ceny zboží (pouze u pojištění Super Vega) |

SEZNAM OSOBNÍCH VĚCÍ (v případě potřeby přiložte seznam)

Poř.č.	Název	Výskyt věci v době poj.události	Pořizovací cena

Čestné prohlášení a volná forma popisu okolností a průběhu pojistné události:

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, 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.

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

Souhlasím, aby pojistitel, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo jí určené osoby 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, u kterých mám dle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, aby 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 vyhradzuje 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 4)

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

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplňte datum 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
 *) nehodící se škrtněte