KB Pojišťovna

Číslo Smlouvy o bankovní službě

Oznámení pojistné události
BUSINESS POJIŠTĚNÍ KARET A VĚCÍ

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. Nezapomeňte vyplnit číslo Smlouvy o bankovní službě.
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 955 527 888 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete elektronicky na e-mail skody@komercpoj.cz nebo poštou na adresu Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Příjmení a jméno:		Rodné číslo: [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 a čas události:		Místo události:			
Typ události:	☐ Loupež/Krádež	☐ Ztráta	☐ Zneužití	☐ Poplatky	☐ Poškození/Rozbití mobilu nebo tabletu
Byla událost šetřena policií?				☐ Ano	☐ Ne
Pokud ano, uveďte prosím, kdy a kde byla událost na polici šetřena, případně uveďte číslo spisu:					
(Pozn. na naši adresu zašlete také zprávu o šetření události)					
Bylo provedeno lékařské ošetření?				☐ Ano	☐ Ne
Pokud ano, uveďte prosím, kdy a kde bylo provedeno lékařské ošetření?					

Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem: Praha 5, nám. Junkových 2772/1, PSČ 155 00, IČO: 63998017
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3362

KB Pojišťovna

Číslo Smlouvy o bankovní službě

DRUH ŠKODY OZNAČTE KŘÍŽKEM

Krádež/Loupež/Ztráta

- ☐ Krádež, loupež osobních věcí běžně nošených u sebe, včetně okamžité hotovosti do limitu 2 000 Kč
- ☐ Krádež, loupež mobilního telefonu
- ☐ Krádež, loupež mobilního telefonu včetně zneužití (náklady na volání, zasílání SMS/MMS a přístup na internet)
- ☐ Krádež, loupež, ztráta klíčů (od domu, vozidla, bezpečnostní schránky)
- ☐ Krádež, loupež, ztráta osobních dokladů (cestovní průkaz, občanský průkaz, řidičský průkaz, OTP apod.)
- ☐ Ztráta peněženky, příruční tašky, dioptrických a slunečních brýlí, léků a zdravotních pomůcek
- ☐ Krádež, loupež, ztráta hotovosti do 48 hod. od výběr z bankomatu nebo na pobočce (ztráta hotovosti je podmíněna výlučně náhlou nevolností se ztrátou vědomí nebo po dopravní nehodě, při které jste byl/a fyzicky zraněn/a)
- ☐ Loupež nebo ztráta tržby nesené na pobočku nebo bankomatu KB (ztráta hotovosti je podmíněna výlučně náhlou nevolností se ztrátou vědomí nebo po dopravní nehodě, při které jste byl/a fyzicky poraněn/a)

Zneužití karty/bankovnictví

- ☐ Zneužití karty 3. osobou po její ztrátě či odcizení – platby kartou nebo online platby na internetu
- ☐ Zneužití karty 3. osobou po její ztrátě či odcizení – neoprávněný výběru z bankomatu
- ☐ Podvodné jednání 3. osoby – neoprávněné elektronické platby z účtu KB (phishing, psychologická manipulace apod.)

Poplatky

- ☐ Poplatky za zaslání náhradních finančních prostředků do zahraničí (v případě krádeže či loupeže karty a hotovosti)

Poškození/Rozbití mobilu či tabletu

- ☐ Náhodné poškození nebo rozbití mobilního telefonu či tabletu s nainstalovanou aplikací KB, max. do stáří 5 let)

SEZNAM OSOBNÍCH VĚCÍ (v případě potřeby přiložte seznam)

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

Čestné prohlášení a volná forma popisu okolností a průběhu pojistné události (případně doložte v příloze k tomuto hlášení):

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

Máte uzavřené pojištění u jiné pojišťovny na stejné pojistné nebezpečí? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, příp. pojistnou částku (limity plnění).

Uplatnil jste u této pojišťovny nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění? ☐ Ano ☐ Ne

Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem: Praha 5, nám. Junkových 2772/1, PSČ 155 00, IČO: 63998017
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3362

1406417845

KB Pojišťovna

Číslo Smlouvy o bankovní službě

ÚDAJE O VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění poukažte:

☐ **Číslo účtu**: _____ / _____ (kód banky)

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

Jméno a příjmení vlastníka účtu: _____

Datum narození: _____ Adresa 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 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.

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 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 získatel / poradce KP

Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem: Praha 5, nám. Junkových 2772/1, PSČ 155 00, IČO: 63998017
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3362

1406417845