

Oznámení pojistné události – Invalidita

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 Klientského servisu 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**

K žádosti dále přiložte:

- výpis ze záznamu o jednání příslušného orgánu ČR, rozhodnutí příslušného orgánu ČR o přiznání invalidity, včetně dokladů o důvodu přiznání
- potřebnou lékařskou dokumentaci vztahující se k invaliditě

Pro výplatu pojistného plnění je nutné předložit úředně ověřené kopie dokumentů.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBE			
Název pojištění:			
Číslo pojistné smlouvy:			
Příjmení a jméno:		Rodné číslo:*	
Místo narození:	Státní občanství:	Pohlaví:	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:		Forma pobytu:	<input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný
Adresa trvalého bydliště včetně státu:			
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):			
Číslo průkazu totožnosti:		Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Jiný	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:		E-mail:	
Platnost průkazu od __ / __ / __ do __ / __ / __		Telefon:	
Aktuální zaměstnání:			
PŘÍČINA INVALIDITY			
<input type="checkbox"/> NEMOC			
Jaká nemoc vedla k Vaší invaliditě?			
<input type="checkbox"/> ÚRAZ			
Datum úrazu: __ / __ / __		Čas:	Místo úrazu:
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil):			

Číslo pojistné smlouvy



Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

Jaké poranění jste utrpěl/a?

ÚDAJE O LÉKAŘI A NEMOCNICI

Jméno a adresa praktického lékaře: Telefon:

Jméno a adresa lékaře (včetně PSČ), který Vás vyšetřoval v souvislosti s výše uvedeným úrazem / nemocí, Telefon:
a který má k dispozici odpovídající zdravotnickou dokumentaci.

Jste v současné době invalidní? Ano Ne
Pokud ano, uveďte datum přiznání invalidity, stupeň a přiložte prosím fotokopii Posudku o invaliditě.
 invalidita 1. stupně od |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|_| invalidita 2. stupně od |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|_|
 invalidita 3. stupně od |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|_|

Jméno a adresa lékaře (včetně PSČ), který navrhl Vaši invaliditu. Telefon:

Podstoupil/a jste v posledních 5 letech nějaké speciální lékařské vyšetření a/ nebo operaci? Ano Ne
Pokud ano, uveďte podrobnosti, v případě dostupnosti přiložte prosím fotokopii lékařské dokumentace týkající se těchto zákroků.

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

převodem na existující smlouvu (uveďte číslo smlouvy):

na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:
Číslo účtu / kód banky:
Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah Ano Ne
pojištěného / zákonného zástupce k němu:

na adresu (uveďte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, obec), adresa musí být na území ČR:
Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu:

Číslo pojistné smlouvy



PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Prohlašuji, že jsem byl seznámen/a s definicí politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., a že
 jsem *** nejsem politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou.

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 s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci. V souladu se zněním zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (dále jen zákon), uděluji pojistiteli jako správci souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů o mé osobě, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, či které správce získal v souvislosti s plněním práv a povinností obsažených ve smlouvě. Současně uděluji tento souhlas i zpracovateli, se kterým pojistitel uzavřel smlouvu. Dále souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států v rámci zajišťovací činnosti. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojistnou smlouvou. Prohlašuji, že osobní údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné. Jakoukoliv jejich změnu se zavazuji sdělit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

Datum

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

Totožnost žadatele byla ověřena dle občanského průkazu resp. cestovního pasu.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód prodejce

Číslo registrace ČNB

Telefon

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

** **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)

*** pokud je vaše odpověď kladná, zašlete nám také vyplněný dokument **Čestné prohlášení politicky exponovaná osoba**