

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 Kontaktního centra 800 10 66 10.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
5. Identifikaci si 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: <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): | |
| E-mail: | Telefon: |
| Preferovaný způsob komunikace: | <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta |
| 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 _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| Politická expozice ²⁾ : | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Aktuální zaměstnání: | |
| ÚDAJE O INVALIDITĚ | |
| Jste v současné době invalidní? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Pokud ano, uveďte datum přiznání invalidity, stupeň a přiložte prosím fotokopii Posudku o invaliditě. | |
| <input type="checkbox"/> invalidita 1. stupně od _ _ / _ _ / _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> invalidita 2. stupně od _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> invalidita 3. stupně od _ _ / _ _ / _ _ _ _ | |
| Jméno a adresa praktického lékaře: | |
| Telefon: | |
| Jméno a adresa lékaře (včetně PŠČ), který Vás vyšetřoval v souvislosti s výše uvedeným úrazem / nemocí, a který má k dispozici odpovídající zdravotnickou dokumentaci. | |
| Telefon: | |
| Jméno a adresa lékaře (včetně PŠČ), který navrhl Vaši invaliditu. | |
| Telefon: | |

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

- Originál nebo úředně ověřenou kopii posudku o invaliditě vydaného příslušným orgánem správy sociálního zabezpečení v České republice
- Lékařskou dokumentaci vztahující se k invaliditě
- Jiné

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění bude poukázáno společnosti Essox, s.r.o. v souladu s pojistnými podmínkami 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 mohou mít vliv na poskytované pojistné plnění pojišťovny.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost získání dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení nároků vyplývajících z pojistné smlouvy.

Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebíráme až jejich přijetím na náš poštovní server.

Poskytuji souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledkůšetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známi informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažených v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (**Informační memorandum**) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na 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.

Dále **souhlasím** 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)

- 1) vyplní se 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