

Oznámení pojistné události – Úmrtí

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
2. **Bez kompletního vyplnění oznámení nelze zahájit šetření a může se podstatně prodloužit doba likvidace.**
3. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
4. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10.
5. Oznámení zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
6. 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⁾ :	
Adresa trvalého nebo jiného pobytu, včetně státu:	
Datum úmrtí:	
ÚDAJE O POZŮSTALÉ OSOBĚ / OZNAMOVATEL	
Příjmení a jméno:	
Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :	
Vztah k pojištěnému:	
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
PODROBNOSTI O ÚMRTÍ	
Místo úmrtí:	
Jméno a adresa posledního praktického lékaře:	
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Uveďte podrobnosti úrazu (jak k úrazu došlo):	
Bylo úmrtí vyšetřováno policií?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte kontaktní osobu, adresu příslušného oddělení policie, telefon a číslo jednací.	

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY A INFORMACE

- Kopii úmrtního listu nebo pravomocné usnesení o prohlášení Pojištěného dospělého za mrtvého (úředně ověřenou)
- Lékařská zpráva o příčině úmrtí, případně pitevní protokol
- Kopie protokolu policie v případě dopravní nehody, sebevraždy, trestného činu
- Adresa ošetřujícího lékaře pojištěného
- Jiné

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ – OBMYŠLENÁ OSOBA

Pojistné plnění bude poukázáno společnosti ESSOX, s.r.o. v souladu s pojistnými podmínkami.

PROHLÁŠENÍ, PODPISY A ZMOCNĚNÍ

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 zaslané osobní údaje přebíráme až jejich přijetím na náš poštovní server.

Poskytují 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.

Současně potvrzují, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy 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.

Dále prohlašuji, že jsem osobou blízkou pojištěného zemřelého a s ohledem na ustanovení § 33 zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, uděluji pojistiteli, tj. Komerční pojišťovně a.s., souhlas, aby v souladu s občanským zákoníkem sám nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získával údaje o zdravotní stavu pojištěného zemřelého, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, a to od lékaře pojištěného zemřelého, jeho zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojistitele, aby si od těchto osob či orgánů veřejné moci zjišťoval informace o zdravotním stavu pojištěného zemřelého, nahlížel do zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, pořizoval z nich výpisy či opisy. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to ve smyslu zákona číslo 372/2011, Sb., o zdravotních službách.

Datum

Jméno a příjmení pozůstalé osoby

Podpis pozůstalé osoby 2)

1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
2) totožnost pozůstalé osoby byla ověřena dle průkazu totožnosti

Potvrzení lékaře o příčině úmrtí

ÚDAJE K ÚMRTÍ		
Lékař potvrzuje, že pojištěný Jméno a příjmení: _____ Rodné číslo (není-li, vyplňte datum narození): _____		
Pojištěný zemřel dne: ____/____/____		
Bezprostřední příčina úmrtí (diagnózy číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně): _____		
Základní onemocnění (včetně data diagnostikování): _____		
Komplikace základního onemocnění a vedlejší nálezy: _____		
Prokázala se souvislost úrazu nebo nemoci s požitím nebo požíváním alkoholu nebo jiných omamných látek nebo psychotropních látek: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Léčil/a se klient/ka již dříve pro toto onemocnění? (pokud ano, uveďte prosím i datum počátku a délku léčby)		
nádorové onemocnění	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
neurologické onemocnění	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
infekční onemocnění (mimo běžných dětských, střevních nebo respiračních onemocnění)	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
chronické onemocnění ledvin a jater, diabetes	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
kardiovaskulární onemocnění	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
nervové nebo duševní onemocnění, deprese	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
onemocnění dýchacího systému	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
poruchu pohybového systému	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
byl/a pozitivně testována na HIV(AIDS), žloutenku typu B nebo C	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
byl/a závislý/á nebo léčený/á pro závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
jiné onemocnění:	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ode dne: ____/____/____
Pobíral/a klient/ka invalidní důchod? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
ode dne: ____/____/____ pro invaliditu I. Stupně <input type="checkbox"/> II. Stupně <input type="checkbox"/> III. stupně <input type="checkbox"/>		
Datum vystavení:	Práce schopen od:	Razítko a podpis lékaře: