

## Oznámení pojistné události Sphere card- ÚMRTÍ

**Pokyny pro vyplnění formuláře:**

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. **Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace.**
2. Podpis Oznámení na straně 2 proveďte až v rámci jeho úředního ověření před osobou ověřujícího.
3. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
4. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na informační lince Klientského servisu +420 222 095 999.
5. Žádost zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Karolinská 1/650, 186 00 Praha 8**

<b>ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM</b>	
Archivní číslo pojištěného:	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo*:
Datum úmrtí:	
Adresa trvalého bydliště včetně PSČ:	
<b>Poučení obmyšleného:</b> Obmyšlenou osobou je dle § 51 zákona č. 27/2004 Sb. osoba určená pojištěným, která má nárok na pojistné plnění. Obmyšlený je oprávněn zvolit si druh pojistného plnění dle pojistných podmínek. Po počátku výplaty plnění nelze dohodnutý způsob výplaty změnit. Výše vypláceného důchodu se stanoví dle aktuálních pojistných technických pravidel platných k datu výplaty plnění. Důchod lze vyplácet pouze měsíčně v určené minimální výši. Jestliže aktuální hodnota smlouvy nepostačuje na výplatu žádaného důchodu, vyplátí pojistitel jednorázové plnění.	
<b>ÚDAJE O OBMYŠLENÉM</b>	
Příjmení a jméno obmyšleného:	
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena    Státní občanství:
Rodné číslo*:	Vztah obmyšleného k pojištěnému:
Adresa trvalého bydliště včetně PSČ:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
Telefon:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> jiný
<b>ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**</b>	
<b>Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.</b>	
<b>Pojistné plnění poukažte:</b>	
<input type="checkbox"/> na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky: Číslo účtu / kód banky:	
<input type="checkbox"/> na adresu ( <i>uved'te jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, místo-pošta</i> ), adresa musí být na území České republiky:	
<b>Povinné doklady k žádosti o pojistné plnění (přiložené doklady zástupce pojišťovny ověřil z jejich originálů či úředně ověřených kopií):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- úmrtní list</li><li>- lékařská zpráva potvrzující příčinu úmrtí</li><li>- policejní protokol v případě dopravní nehody, sebevraždy, trestného činu</li></ul>	
<b>Nepovinné informace, které je možné k žádosti o pojistné plnění doložit:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- adresa notáře – soudního komisaře projednávajícího dědictví:</li><li>- adresa ošetřujícího lékaře pojištěného:</li><li>- jiné:</li></ul>	

**PROHLÁŠENÍ**

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.

Beru na vědomí, že osobní údaje obmyšleného a pojištěného ve smyslu § 4 odst. a) zákona číslo 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“), (vyjma citlivých), jež jsem tímto poskytl pojišťovně v souvislosti s uplatněním pojistné události nebo které pojišťovna získala jiným zákonným způsobem, popřípadě které vytvořila zpracováním údajů takto získaných, budou pojišťovnou nebo jí v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů pověřeným zpracovatelem zpracovávány za účelem využívání těchto osobních údajů v rámci předmětu podnikání pojišťovny, tj. k činnostem přímo nebo nepřímo souvisejícím s pojišťovací či zajišťovací činností. Osobní údaje obmyšleného a pojištěného je pojišťovna oprávněna v nezbytném rozsahu předávat ve smyslu § 27 zákona o ochraně osobních údajů do jiných států za účelem zajištění. Pojišťovna bude zpracovávat osobní údaje obmyšleného a pojištěného uvedeným způsobem v rozsahu požadovaném pojistnou smlouvou, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích z pojistného závazkového vztahu. Osobní údaje obmyšleného a pojištěného je pojišťovna v uvedeném rozsahu a za uvedeným účelem oprávněna zpracovávat i bez výslovného souhlasu pojištěného.

Čestně prohlašuji, že jsem oprávněn/a poskytnout souhlas k získávání údajů o zdravotním stavu zemřelého pojištěného a níže uvedeným podpisem uděluji pojišťovně souhlas k získávání údajů o zdravotním stavu pojištěného prostřednictvím smluvních lékařů pojišťovny v souladu s § 67b odst. 10 zákona číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a tímto opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace po jeho smrti pojišťovně sdělovat. Zároveň uděluji pojišťovně výslovný souhlas se zpracováním osobních údajů vypovídajících o zdravotním stavu pojištěného (citlivé údaje ve smyslu § 4 písm. b) zákona o ochraně osobních údajů), jež pojišťovně v souvislosti s uplatněním nároků na pojistné plnění byly poskytnuty, nebo které pojišťovna získala způsobem uvedeným výše, případně které vytvořila zpracováním údajů takto získaných. Tyto citlivé osobní údaje budou pojišťovnou nebo jí pověřeným zpracovatelem zpracovávány za účelem využívání těchto údajů v rámci předmětu podnikání pojišťovny, tj. k činnostem přímo nebo nepřímo souvisejícím s pojišťovací či zajišťovací činností.

Jsem si vědom/a, že udělení souhlasu se zpracováním citlivých údajů ve výše uvedeném rozsahu je podmínkou pro uplatnění nároků z úrazového pojištění. Osoba oprávněná poskytnout souhlas za zemřelého pojištěného je oprávněna tento souhlas neposkytnout. Neposkytnutí tohoto souhlasu má za následek ztrátu nároku na pojistné plnění. Za neposkytnutí tohoto souhlasu se též považuje poskytnutí neplatného souhlasu, na jehož základě nelze získávat údaje o zdravotním stavu pojištěného.

Prohlašuji, že osobní údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné. Jakoukoliv jejich změnu se zavazuji sdělit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

V

dne

\_\_\_\_\_  
Podpis obmyšleného\*\*\*

\* 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)

\*\*\* podpis obmyšleného musí být úředně ověřen