

KB
Pojišťovna

Číslo pojistné události

Prezentační razítko

Oznámení pojistné události – PLNÁ INVALIDITA / ZTRÁTA SOBĚSTAČNOSTI

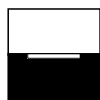
Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech, U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
2. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10.
3. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**
4. **Všechny přiložené doklady musí být doloženy v originále nebo jako ověřené kopie. Ověření lze provést notářsky nebo prostřednictvím zástupce pojišťovny, tj. na každé pobočce KB nebo u zástupce MPSS**

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Název pojištění: Rizikové životní pojištění Pyramida	
Číslo pojistné smlouvy:	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo*:
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> jiný
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ:	Telefon:
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti:
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	
Doba platnosti průkazu totožnosti:	Politicky exponovaná osoba**: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
PŘÍČINA INVALIDITY 3. stupně	
Invalidita byla způsobena:	
<input type="checkbox"/>	nemocí Jaká nemoc vedla k Vaší invaliditě? Přiložte prosím fotokopii záznamu o posouzení Vašeho zdravotního stavu posudkovým lékařem OSSZ.
<input type="checkbox"/>	úrazem Datum úrazu: Čas: Místo úrazu:
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil.):	
Při úrazu s motorovým Vozidlem uveďte SPZ:	
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:	
Jaké poranění jste utrpěl/a?	
Přiložte prosím fotokopii záznamu o posouzení Vašeho zdravotního stavu posudkovým lékařem OSSZ.	

SOCIETE
GENERALE
GROUP

Komerční pojišťovna, a. s., se sídlem:
Praha 8, Karolinská 1, čp. 650, PSČ: 186 00, IČ: 63998017
ZAPSANÁ V OBCHODNÍM REJSTŘÍKU VEDENÉM MĚSTSKÝM SOUDEM V PRAZE, ODDÍL B, VLOŽKA 3362



KB
Pojišťovna

Číslo pojistné události

Prezentační razítko

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, a který má k dispozici odpovídající zdravotnickou dokumentaci.

Telefon:

Pobíráte v současnosti invalidní důchod?

Pokud ano, uveďte prosím datum jeho přiznání, druh a přiložte prosím fotokopii rozhodnutí ČSSZ Praha.

invalidita 3. stupně od ____/____/200__

invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně od ____/____/200__

Jméno a adresa lékaře (včetně PSČ), který navrhl Váš invalidní důchod.

Telefon:

Podstoupil/a jste v posledních 5 letech nějaké speciální lékařské vyšetření a/ nebo operaci?

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 poukážete:

převodem na účet vinkulačního věřitele:

na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:

na adresu (uveďte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, místo-pošta), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu:

PROHLÁŠENÍ 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 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.

V

dne

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

(Zástupce pojišťovny totožnost před podpisem Oznámení ověřil dle průkazu totožnosti)

V

dne

Podpis zástupce pojišťovny***

Zástupce pojišťovny:

Obchodní místo:

Příjmení, jméno:

Telefon:

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

** politicky exponovanou osobu se rozumí fyzická osoba, která je ve významné veřejné funkci s celostátní působností ve smyslu § 4 odst. 5 zák. č. 253/2008 Sb.

*** zástupcem pojišťovny se rozumí zástupce MPSS