



KB
Pojišťovna

Číslo pojistné události

Prezentační razítko

Žádost o výplatu pojistného plnění / Oznámení pojistné události - 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. 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.
4. Žádost zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**
5. **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*:

Datum úmrtí:

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ:

Poučení obmyšleného:

Obmyšlenou osobou je osoba dle § 51 zákona č. 37/2004 Sb.

ÚDAJE O OBMYŠLENÉM

Příjmení a jméno obmyšleného:

Místo narození:

Pohlaví: muž 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: trvalý jiný

Číslo průkazu totožnosti:

Druh průkazu totožnosti:

Orgán, který průkaz totožnosti vydal:

Doba platnosti průkazu totožnosti:

Politicky exponovaná osoba**: ano ne

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ***

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.

Pojistné plnění poukažte:

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:

**** Číslo účtu / kód banky:

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ano ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah pojištěného / zákonného zástupce k němu:

na adresu (*uved'te 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:



KB
Pojišťovna

Číslo pojistné události

Prezentační razítko

Povinné doklady k žádosti o pojistné plnění (přiložené doklady zástupce pojišťovny ověřil z jejich originálů či úředně ověřených kopií):

- úmrtní list
- lékařská zpráva potvrzující příčinu úmrtí
- policejní protokol v případě dopravní nehody, sebevraždy, trestného činu

Nepovinné informace, které je možné k žádosti o pojistné plnění doložit:

- adresa notáře – soudního komisaře projednávajícího dědictví:
- adresa ošetřujícího lékaře pojištěného:
- jiné:

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. 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 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 obmyšleného/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.

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

**** pro provedení výplaty pojistného plnění obmyšlenému je nutný souhlas vinkulačního věřitele

***** zástupcem pojišťovny se rozumí zástupce MPSS