

Oznámení škodní události – Merlin Junior

1. Vyplňte formulář ve všech bodech, včetně rodného čísla. Není-li rodné číslo v ČR přiděleno, vyplňte prosím datum narození.
Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření škodní události a podstatně se prodlouží doba likvidace.
2. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10.
3. Oznámení zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava** nebo e-mailem na: skody@komercpoj.cz, nebo odevzdejte bankovnímu poradci/pojišťovacímu zprostředkovateli na pobočce.

Číslo Smlouvy o bankovní službě:	
ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (rodič dítěte)	
Příjmení a jméno zákonné osoby:	Rodné číslo / Datum narození:
Adresa bydliště vč. PSČ:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy bydliště):	
Telefonní číslo:	E-mailová adresa:
Vztah k pojištěnému:	Zastoupení na základě zmocnění <input type="checkbox"/>
Preferovaný způsob komunikace <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pošta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e-mail
ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo / Datum narození:
Adresa bydliště vč. PSČ:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy bydliště):	
Telefonní číslo:	E-mailová adresa:
Byla již škoda hlášena jiné pojišťovně? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Název pojišťovny: <input type="checkbox"/> Číslo smlouvy: <input type="checkbox"/>
Popis škodní události	Datum události: <input type="checkbox"/> Čas: <input type="checkbox"/>
Místo události:	
Typ ztráty <input type="checkbox"/> ztráta <input type="checkbox"/> loupež <input type="checkbox"/> krádež	
Byla událost šetřena policií? Pokud ano, uveďte prosím datum (Pozn. na naši adresu zašlete také zprávu o šetření události)	Adresa a č.j.:
Bylo provedeno lékařské ošetření? Pokud ano, kdy a kde?	

Druh škody - označte křížkem

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zneužití karty 3. osobou | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež tabletu, čtečky, notebooku |
| <input type="checkbox"/> Krádež, loupež, hotovosti do 48 hod. od výběru z bankomatu nebo na pobočce | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež školní tašky či batohu |
| <input type="checkbox"/> Krádež, loupež, ztráta klíčů (od domu, vozidla, bezpečnostní schránky) | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež ostatní osobní věci (sportovní vybavení, hudební nástroje, apod.) |
| <input type="checkbox"/> Krádež, loupež, ztráta osobních dokladů (pas, čip/karta do školní jídelny, ISIC karta, průkazka na dopravu) | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež mobilního telefonu, včetně jeho zneužití |
| | <input type="checkbox"/> Krádež, loupež hotovosti |

Seznam osobních věcí:

Poř.č.	Název	Výskyt věci v době poj.události	Pořizovací cena

Čestné prohlášení a volná forma popisu okolností a průběhu pojistné události:

Údaje pro výplatu pojistného plnění

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.

Pojistné plnění poukažte na běžný účet (účet musí být veen na území České republiky):

Číslo účtu / kód banky:

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Žádám o plnění ze škodní 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.

 Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na jeho internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz. Zároveň jako zákonný zástupce pojištěného dítěte souhlasím, aby Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem prostřednictvím jí pověřeného lékaře získávala údaje o zdravotním stavu pojištěného dítěte, včetně jakékoli zdravotnické dokumentace, od jeho lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých pojištěné dítě má sjednáno jiné životní či úrazové pojištění; a zmocňuji Komerční pojišťovnu a.s., aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o jeho zdravotním stavu, nahlížela do jeho zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, pořizovala z nich výpisy či opisy, a to i po jeho 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.

Datum

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

KB

Obchodní místo

Officer kód

Číslo registrace ČNB

Telefon