

Oznámení škodní události pojištěného – pojištění Merlin Junior – pojištění odpovědnost – vyplňuje Poškozený

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech
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 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava** nebo e-mailem na: skody@komercpoj.cz, nebo odezdejte 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

Preferovaný způsob komunikace

pošta

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:

ÚDAJE O POŠKOZENÉM

Příjmení a jméno poškozeného / název firmy:

Rodné číslo / Datum narození / IČO

Adresa bydliště / sídlo firmy vč. PSČ:

Telefonní číslo:

E-mailová adresa:

Vztah k pojištěnému:

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI:

Datum vzniku pojistné události:

Datum a čas zjištění:

Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ):

Kdo první zjistil vznik škody (uvedte prosím jméno a telefonní číslo)

ÚJMA NA ZDRAVÍ – ŠKODA NA VĚCI

Prosíme, popište podrobně, jak došlo k újmě, co bylo příčinou újmy, co bylo poškozeno:

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

 Jste vlastníkem věci, která byla poškozena nebo zničena? ANO NE

 Byla škoda způsobena úmyslně? ANO NE

 Hlásil/a jste škodu PČR nebo HZS? ANO NE

Pokud ano, uveďte datum kdy? Číslo spisu:

 Budete náhradu újmy uplatňovat z jiného pojištění? ANO NE

Pokud ano, uveďte název pojistitele a adresu:

 Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí? ANO NE

 Před vznikem škody: ANO NE Po vzniku škody: ANO NE
PŘÍLOHY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zpráva PČR | <input type="checkbox"/> Zpráva HZS |
| <input type="checkbox"/> Fotodokumentace: | <input type="checkbox"/> Odborné posudky: |
| <input type="checkbox"/> Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené věci | <input type="checkbox"/> Jiné |
| <input type="checkbox"/> Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci: | |

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.

Pojistné plnění poukažte na běžný účet: číslo účtu / kód banky

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

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 pojistitele.

 Potvrzuji, že mi byly poskytnuté a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na jeho internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz.

Souhlasím, aby Komerční pojišťovna, a.s. jako pojistitel v souladu s občanským zákoníkem sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoliv orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojistitele, aby si od těchto osob či orgánů zjišťoval informace o mém zdravotním stavu, nahlížel do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizoval z nich výpisy či opisy, a to o po mé smrti.

Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány a jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zmocňuji podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a. s., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

Datum

Podpis poškozeného / zákonného zástupce

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

KB

Obchodní místo

Officer kód

Číslo registrace ČNB

Telefon