

## Oznámení pojistné události – Ztráta zaměstnání

**Pokyny pro vyplnění formuláře:**

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
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 doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**

**Povinné doklady k oznámení pojistné události:**

- kopie pracovní smlouvy včetně jejích dodatků
- zápočtový list a kopie výpovědi eventuálně dohody o ukončení pracovního poměru, kde je uvedeno datum a důvod ukončení pracovního poměru
- potvrzení úřadu práce o evidenci pojištěného v „evidenci uchazečů o zaměstnání“
- potvrzení o výši průměrného čistého výdělku
- u občanů jiného státu než EU kopie povolení k zaměstnání a povolení k trvalému pobytu

**Pro výplatu pojistného plnění je nutné předložit úředně ověřené kopie dokumentů.**

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ	
Název pojištění:	
Číslo pojistné smlouvy:	
Příjmení a jméno:	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:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Jiný
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	E-mail:
Platnost průkazu od  _ _ / _ _ / _ _ _ _  do  _ _ / _ _ / _ _ _ _	Telefon:
ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**	
<b>Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:</b>	
<input type="checkbox"/> převodem na existující smlouvu (uvedte číslo smlouvy):	
<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:  Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne pojištěného / zákonného zástupce k němu:	
<input type="checkbox"/> na adresu (uvedte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, obec), adresa musí být na území ČR:  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.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Podpis pojištěného / zákonného zástupce

**Totožnost žadatele byla ověřena dle občanského průkazu resp. cestovního pasu.**

\_\_\_\_\_  
Jméno a příjmení zástupce pojišťovny\_\_\_\_\_  
Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód prodejce

Číslo registrace ČNB

Telefon

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

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