

Rodné číslo (vyplní klient)

Prezentační razítko (KP)

Oznámení škodní události – Vega / Super Vega

Pokyny pro vyplnění formuláře:

- Vyplňte formulář ve všech bodech, včetně rodného čísla v hlavičce dokumentu. 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.
- V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10.
- Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava** nebo emailem na: **skody@komercpoj.cz**

Pojištěný	Příjmení a jméno:	
Číslo pojistné smlouvy:	Číslo pojistné události:	
E-mail:	Telefon:	
Korespondenční adresa:		
Preferovaný způsob komunikace	<input type="checkbox"/> pošta	<input type="checkbox"/> email
Číslo účtu pro sjednané pojištění:		
Byla již škoda hlášena jiné pojišťovně?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Název pojišťovny:	Číslo smlouvy:	
Popis škodní události	Datum události:	Čas:
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 policie a č.j.:	
Bylo provedeno lékařské ošetření? Pokud ano, kdy a kde?		
Druh škody - označte křížkem		
<input type="checkbox"/> Platba kartou	<input type="checkbox"/> Řidičský průkaz	
<input type="checkbox"/> Výběry z bankomatu	<input type="checkbox"/> Osvědčení o technickém průkazu	
<input type="checkbox"/> Hotovost vybraná 48h před loupeží	<input type="checkbox"/> Cestovní pas	
<input type="checkbox"/> Klíče od domu, bytu	<input type="checkbox"/> Mobilní telefon	
<input type="checkbox"/> Klíče od vozidla	<input type="checkbox"/> Zneužití mobilního telefonu	
<input type="checkbox"/> Občanský průkaz	<input type="checkbox"/> Krádež/loupež zakoupeného zboží (pouze u pojištění Super Vega)	
<input type="checkbox"/> Povolení k trvalému pobytu	<input type="checkbox"/> Poškození zakoupeného zboží (pouze u pojištění Super Vega)	
	<input type="checkbox"/> Pojištění nejnižší ceny zboží (pouze u pojištění Super Vega)	

Seznam osobních věcí:			
Poř.č.	Název	Výskyt věci v době poj.události	Požizovací cena

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

Upozornění: Ztráta / krádež klíčů a dokladů je vyplácena pouze v případě souběhu se ztrátou / krádeží karty. U zneužití telefonu a krádeže osobních věcí nemusí současně dojít ke ztrátě / krádeži karty. Pojistné plnění se řídí limity uvedenými v Pojistných podmínkách. Doložení požadovaných dokladů dle Pojistných podmínek urychlí zpracování Vaší žádosti.

Údaje pro výplatu pojistného plnění

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.

Pojistné plnění poukažte:

na běžný účet (účet musí být veden na území České republiky):

Číslo účtu / kód banky:

Prohlášení

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. Prohlašuji, že osobní údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné. Jakoukoliv jejich změnu v době trvání pojištění se zavazuji sdělit pojistiteli bez zbytečného prodlení.

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.

Souhlasím, aby pojišťovna 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 jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé 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.

V:

Dne:

Podpis pojištěného / zákonného zástupce