



**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 příložené 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 § 2829 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

### 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

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