



KB
Pojišťovna

Číslo pojistné události

Prezentační razítko

Oznámení pojistné události – ZTRÁTA ZAMĚSTNÁNÍ

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.
4. Oznámení 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 POJISTĚNÉM			
Název pojištění: Rizikové životní pojištění Pyramida			
Číslo pojistné smlouvy:			
Příjmení a jméno pojištěného:		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 vč. PSČ:		Telefon:	
		E-mail:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):			
Číslo průkazu totožnosti:		Druh průkazu totožnosti:	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:			
Doba platnosti průkazu totožnosti:		Politicky exponovaná osoba**: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Výše splátky:		Datum splatnosti splátek:	
Povinné doklady k oznámení pojistné události: <ul style="list-style-type: none"> - 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“ - u občanů jiného státu než EU, kopii povolení k zaměstnání a povolení k trvalému pobytu 			
PROHLÁŠENÍ			
<p>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.</p>			
V	dne	_____ Podpis pojištěného / zákonného zástupce <i>(Zástupce pojišťovny totožnost před podpisem Oznámení ověřil dle průkazu totožnosti)</i>	
V	dne	_____ Podpis zástupce pojišťovny***	
Zástupce pojišťovny:			
Obchodní místo:	Příjmení, jméno:	Telefon:	Officer kód:

* 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.

*** zástupcem pojišťovny se rozumí zástupce MPSS