



Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.

Odbor likvidace, Římská 2135/45, 120 00 Praha 2, tel.: 222 119 125, fax: 222 514 412
IČ: 46973451, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2742

do HVP, a.s. doručeno dne, hodina,
podpis:

číslo škody

archivní číslo

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – ÚRAZ

Pokud chcete uplatnit právo na plnění z pojistné smlouvy, vyplňte tento dotazník a odešlete pojišťovně. V případě nedostatku místa připojte další list

Pojistná smlouva číslo: _____ **(Bez uvedení čísla pojistné smlouvy nelze vyřídit.)**

KDO? Pojištěný jméno a příjmení (osoba, která utrpěla úraz) _____

Adresa (ulice, obec, PSČ): _____

Rodné číslo: _____

Telefonní číslo/mobil : _____ email: _____

Kdy je Vás možné zastihnout: _____

Rodič (opatrovník) v případě nezletilých a právně nezpůsobilých osob (jméno a příjmení / název firmy) _____

Adresa/ sídlo firmy _____

Rodné číslo / IČ _____

Telefonní číslo/mobil : _____ email: _____

KAM? Bankovní spojení na oprávněnou osobu: _____ VS/SS _____

KDY? Datum události den/měsíc/rok: _____ hod.: _____

KDE? Místo události: _____

CO? Poškozená část těla / k jakému poškození došlo _____

JAK? Příčina pojistné události (Stručně a výstižně uveďte způsob a okolnosti události. Ověřenou kopii úmrtního listu, potvrzení policie nebo svědka, případně další dokumenty připojte formou přílohy.)

Byla-li činnost, při které došlo k úrazu organizována, plánována, nařízena, uveďte kým: _____

_____ došlo k úrazu při výkonu povolání ANO x NE

Potvrzujeme, že pojistná událost nastala tak, jak bylo popsáno:

razítko a podpis zodpovědného pracovníka

V případě úrazu dopravované osoby motorovým vozidlem uveďte dále:

Druh a tovární značku motorového vozidla, v němž došlo k úrazu:

RZ: číslo karoserie (VIN kód):

počet sedadel podle ORV a počet skutečně dopravovaných osob v okamžiku úrazu:

Pojištěný prohlašuje, že (nehodící škrtněte, případně doplňte):

- **Neuplatní nebo neuplatnil** nároky z pojistné události/ **uplatní nebo uplatnil** nárok z této pojistné události u
- **Nemá / má** být pojistné plnění poskytnuto ve prospěch jiné osoby (věřitel, exekutor, opatrovník, pod.).....
- **Není/ je** pojistné plnění vinkulováno ve prospěch třetích osob.....
- **Jsou/ nejsou** vyrovnány veškeré nároky vůči HVP, a.s. pokud ne jaké
- **Je / není** plátcem DPH
- všechny písemné dotazy pojišťovny odpověděl(a) **pravdivě a úplně** a je si vědom(a) důsledků **nepravdivých, nebo neúplných odpovědí** na povinnost pojišťovny plnit.
- byl(a) předem poučen(a) o svých právech a povinnostech v souvislosti s šetřením události.

Výslovně souhlasím s tím, aby Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s. ve smyslu § 9 zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů, zpracovávala citlivé osobní údaje a to v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností, podle § 1 a 3 zákona č. 277/2009 Sb. o pojišťovnictví.

V dne:

.....
Podpis pojištěného/pojistníka