



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 – MAJETEK

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? Jméno a příjmení/Název firmy pojištěného: _____

Adresa/kontaktní osoba pojištěného: _____

Telefonní číslo/mobil : _____ email: _____

Kdy je Vás možné zastihnout: _____

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

KDE? Místo události: _____

CO? Bylo poškozeno/k jakému poškození došlo? (případně komu a jaká byla způsobena škoda, vyčíslení škody lze vyplnit na druhé straně)

Předpokládaná výše škody: _____ **Kč**

Bankovní spojení na oprávněnou osobu: _____ **VS/SS**

JAK? Příčina pojistné události (co způsobilo škodu - vichřice, požár, vloupání atd.)

V případě, že pojistnou událost šetří policie či jiné vyšetřující orgány uveďte:

Číslo jednací: _____ **Kdo vyšetřoval pojistnou událost:** _____

datum protokolu: _____

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, apod.).....
- **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 jsem si vědom(a) důsledků **nepravdivých, nebo neúplných odpovědí** na povinnost pojišťovny plnit.
- jsem 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

