



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 – PRACOVNÍ NESCHOPNOST

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

Vyplní pojištěný:

K vyplněnému formuláři přiložte kopii dokladu o pracovní neschopnosti. Náklady na vyplnění formuláře nese pojištěný.

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

Pojištěný jméno a příjmení _____

Adresa (ulice, obec, PSČ): _____

Rodné číslo: _____

Telefonní číslo/mobil : _____ email: _____

Zaměstnanec ☐ OSVČ ☐ Nemocensky pojištěn: ne ☐ ano ☐

Bankovní spojení: _____ VS/SS _____

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

- **Neuplatní nebo neuplatnil** nároky z pojistné události/ **uplatní nebo uplatnil** nárok z této pojistné události u: _____
- **Není/ je** pojistné plnění vinkulováno ve prospěch třetích osob. _____
- **Jsou/ nejsou** vyrovnány veškeré nároky vůči HVP, a.s. pokud ne, jaké: _____
- 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.
- Není na mateřské ani rodičovské dovolené, nezaměstnaný, starobní důchodce.
- Souhlasí, aby Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s. si vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci související s jeho zdravotním stavem.

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

VYPLNÍ LÉKAŘ:

Neschopen práce od: _____ do: _____

Diagnóza: _____ Diagnóza slovy: _____

Důvod pracovní neschopnosti:

pracovní úraz ☐ úraz zaviněný jinou osobou ☐ sebepoškození ☐
ostatní úrazy ☐ nemoc z povolání ☐ ostatní nemoci ☐

Podezření z vlivu alkoholu: ne ☐ ano ☐

Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění (popř. úraz)? ne ☐ ano ☐

Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak? _____

V _____ dne: _____

Razítko a podpis lékaře