

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

číslo škody

archivní číslo

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - HAVARIJNÍ POJIŠTĚNÍ

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 / název firmy pojištěného: _____

Adresa / kontaktní osoba pojištěného: _____

Telefonní číslo / mobil: _____ e-mail: _____

Kdy je Vás možné zastihnout: _____

KDY? Datum události, den / měsíc / rok: _____ hodina: _____

KDE? Místo události: _____

CO? Pojištěné vozidlo: SPZ: _____ Tovární značka: _____

Číslo karosérie / VIN kód: _____ Rok výroby: _____

Popis poškození:

Prohlídku lze provést:

Přijedu na místo domluvené pojišťovnou

Autoservis: _____

Jinde: _____

Předpokládaná výše škody: _____

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

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

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

Číslo jednací: _____ Kdo pojistnou událost vyšetřoval: _____

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.). ANO NE

- **Není / je** pojistné plnění vinkulováno ve prospěch třetích osob. ANO NE

- **Jsou / nejsou** vyrovnány veškeré nároky vůči HVP, a.s, pokud ne, jaké: _____

- **Je / není** plátcem DPH. ANO NE

- 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