



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 – SH ČMS 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: 000-0792-083

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

Adresa (ulice, obec, PSČ):

Rodné číslo:

Telefonní číslo/mobil: email:

Kdy je Vás možné zastihnout:

Zaměstnavatel (firma, IČ, sídlo)

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

Adresa/ sídlo firmy

Rodné číslo / IČ

Telefonní číslo/mobil: e-mail:

Má pojištěný u HVP, a.s. některé z těchto pojištění? Pokud ano, uveďte číslo pojistné smlouvy (č. PS).

pojištění domácnosti, č. PS: pojištění úrazu, č. PS:

pojištění stavby, č. PS: pojištění odpovědnosti, č. PS:

životní/důchodové pojištění, č. PS:

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, kopii dílčí zprávy o zásahu, 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

Druh soutěže (označte):

Pohár starosty SH ČMS Postupová soutěž Nepostupová soutěž

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

razítko OSH a podpis zodpovědného
pracovníka

V případě úrazu dopravované osoby motorovým vozidlem uveďte dále:

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

číslo karoserie
RZ: (VIN kód): počet sedadel podle ORV

a počet skutečně dopravovaných osob v okamžiku úrazu:

Číslo členského průkazu SH ČMS pojištěného název SDH:

razítko příslušného SDH
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 čl. 1 a 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění předpisů pozdějších.

V dne:

Podpis pojištěného/pojistníka