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*	*archívní číslo*

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - SH ČMS ÚRAZ

Pokud chcete uplatnit právo na plnění z pojistné smlouvy, vyplňte tento dotazník, připojte vyplněný tiskopis Zpráva ošetřujícího lékaře 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: ---------- e-mail: ----------

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:**

hlava

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.):

rána

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

Došlo k úrazu při výkonu povolání ANO ☐ 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:

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

RZ: --- číslo karoserie (VIN kód): ---

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

Číslo členského průkazu SH ČMS pojištěného: --- název SDH: ---

---
razítko příslušného SDH
a podpis zodpovědného pracovníka

Pojištěný prohlašuje, že (nehodící se 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 nejsou ---
- **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 se 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