



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

číslo škody

archivní číslo

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - 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: (Bez uvedení čísla pojistné smlouvy nelze vyřídit.)

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:

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:

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, případně další dokumenty připojte formou přílohy.):

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

..... Došlo k úrazu při výkonu povolání ANO NE

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

V případě úrazu dopravované osoby motorovým vozidlem dále 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:

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
- **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