



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