



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, 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 : 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.)

