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 - ODPOVĚDNOSTI

Pokud chcete uplatnit právo na plnění z pojistné smlouvy, vyplňte tento dotazník a odešlete jej pojišťovně. V případě nedostatku místa připojte další list.

Pojistná smlouva číslo: ..... **(Bez uvedení čísla pojistné smlouvy nelze vyřídit.)**

KDO? **Pojištěný** jméno a příjmení/název firmy pojištěného: .....

Adresa / kontaktní osoba pojištěného: .....

Telefonní číslo / mobil: ..... e-mail: .....

Kdy je Vás možné zastihnout: .....

Škůdce jméno a příjmení/název firmy: ..... věk dítěte: .....

Adresa / kontaktní osoba škůdce: .....

Telefonní číslo / mobil: ..... e-mail: .....

Příbuzenský vztah k pojištěnému: NE ☐ ANO ☐ jaký: .....

Rodič (opatrovník) v případě nezletilých a právně nezpůsobilých osob: .....

Adresa / sídlo firmy: .....

Telefonní číslo / mobil: ..... e-mail: .....

Příbuzenský vztah k pojištěnému: NE ☐ ANO ☐ jaký: .....

Poškozený jméno a příjmení / název firmy: .....

Adresa / sídlo firmy: .....

Telefonní číslo / mobil: ..... e-mail: .....

Příbuzenský vztah k pojištěnému: NE ☐ ANO ☐ jaký: .....

Poškozený žije ve společné domácnosti s pojištěným: NE ☐ ANO ☐

KDY? **Datum události den/měsíc/rok/hodina/časový úsek**: .....

KDE? **Místo události**: .....

CO? **Co bylo poškozeno, zničeno (věc, zdraví nebo finanční škoda)?** Uveďte stáří věci, pořizovací cenu, při škodě na zdraví rozsah poranění, adresu zdrav. zařízení, kde byl poškozený ošetřen nebo léčen.

Předpokládaná výše škody: ..... Kč

Bankovní spojení na oprávněnou osobu: ..... VS/SS: .....

JAK? **Příčina pojistné události** a případní svědci + kontakt (výstižný popis, co způsobilo škodu, nákres události, identifikace zvířete, nemovitosti, apod.):

Škoda byla způsobena:

- úmyslně ano ☐ ne ☐
- pod vlivem alkoholu a jiných omamných látek ano ☐ ne ☐
- podílel se poškozený nebo jiná osoba na vzniku škody ano ☐ ne ☐

Kdo způsobil škodu je:

- v hlavním pracovním poměru (služebním poměru) ano ☐ ne ☐
- v souběžném nebo vedlejším pracovním poměru ano ☐ ne ☐
- zaměstnán na základě dohody o prac. činnosti ano ☐ ne ☐
- je zaměstnán jako: ----------
- popis pracovní činnosti: ----------

V případě, že pojistnou událost šetří policie či jiné vyšetřující orgány uveďte:

Číslo jednací: ---------- Kdo vyšetřoval pojistnou událost: ----------

Datum protokolu: ----------

Byla uplatněna písemná žádost poškozeného o náhradu škody: ano ☐ ne ☐

Souhlas pojištěného k oprávněnosti požadované výše škody: ano ☐ ne ☐

Důvod nesouhlasu: ----------

Pojištěný současně zmocňuje pojistitele, aby za něho škodní událost a z ní vzniklé události s poškozeným projednal.

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 práve 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

Nezbytné přílohy (nedodání dokladů má vliv na povinnost pojišťovny plnit):

1. Písemná žádost poškozeného o náhradu škody (v případě, že poškozený je zaměstnavatel, doložit i zápis škodní komise včetně předpisu náhrady škody. Uvést vždy konkrétní porušení pracovní povinnosti zaměstnancem). Žádost musí obsahovat jméno, název firmy, adresa bydliště, event. sídlo firmy, rodné číslo nebo IČO.
2. Potvrzení zaměstnavatele o průměrném výdělku zaměstnance v souladu se zák. práce (§ 351).
3. Doklady potvrzující výši škody a vlastnictví poškozeného (faktury, paragony, smlouvy apod.)
4. Závěry policie, st. zastupitelství, obecního úřadu v řízení o přestupcích, soudu atd.
5. Hodnocení bolestného (ztížení společenského uplatnění) dle zprávy lékaře.
6. Žádost o náhradu škody poškozeného.
7. U studentů potvrzení o studiu.
8. Nastane-li škoda v souvislosti s provozem motorového vozidla doklad o havarijním pojištění a velký TP.
9. Kopii ŘP, profesní průkaz, pracovní smlouvu.
10. Potvrzení havarijní pojišťovny o plnění a odpočtu spoluúčasti.