



VŠEOBECNÁ POJIŠTOVNA, a.s.

HALALI, všeobecná pojišťovna, a.s.

115 25 PRAHA 1, JUNGMANNOVA 32/25, TEL: 224 948 473, 800 130 649

FAX: 224 948 475, info@halali-pojistovna.cz, www.halali-pojistovna.cz

IČ: 60192402, Korespondenční adresa: 141 00 PRAHA 4, LEŠANSKÁ 1176

OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI Z POJIŠTĚNÍ PSA

Číslo pojistné události

(vyplní pojišťovna)

Číslo pojistné smlouvy

Jméno a příjmení	Rodné číslo	/
Právnícká osoba	IČ	
Adresa		
Telefon	E-mail	Číslo účtu /

Jméno pojištěného psa	Datum narození	Pes	Fena
Plemeno / č. st. FCI*	Tetovací číslo / číslo čipu		
Průkaz původu psa – číslo zápisu ČMKU			

Datum a místo vzniku události

Škoda vznikla následkem	nemoci(léčebné výlohy)	úrazu	úhynu nebo utracení	z jiné příčiny
-------------------------	------------------------	-------	---------------------	----------------

Popis vzniku události

Předpokládaná výše škody Kč Místo ošetření

Příložené doklady

V případě škodné události vyžadující vyšetření Policií ČR hlášeno Policii ČR v

dne Vedeno pod č.j. Počet příloh

Prohlašuji, že veškeré údaje mnou uvedené, jsou pravdivé a úplné. *Podpis pojištěného*

V dne

*číslo standardu FCI



VŠEOBECNÁ POJIŠŤOVNA, a.s.

HALALI, všeobecná pojišťovna, a.s.

115 25 PRAHA 1, JUNGMANNOVA 32/25, TEL: 224 948 473, 800 130 649

FAX: 224 948 475, Info@halali-pojistovna.cz, www.halali-pojistovna.cz

IČ: 60192402, Korespondenční adresa: 141 00 PRAHA 4, LEŠANSKÁ 1176

Zápis o újmě vzniklé při provádění myslivosti

(vyjádření statutárního orgánu mysliveckého spolku nebo uživatele honitby, možno doložit jako číslovanou přílohu)

Prohlášení o pravdivosti uvedených údajů:

V návaznosti na výše učiněné prohlášení o skutkových okolnostech pojistné události prohlašuji, že si jsem vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny doplňující dotazy pojistitele, uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné, a poskytnout doklady potřebné pro likvidaci škodné události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá.

Prohlašuji, že veškeré údaje týkající se pojistné události, zejména popis vzniku pojistné události, výčet zúčastněných osob a údaje o členství poškozeného v ČMMJ, z. s., uvedené v tomto sdělení jsem vylíčil pravdivě a úplně. Jsem si vědom následků uvedení neúplných, nepravdivých nebo zkreslených údajů nebo zamlčení podstatných údajů majících vliv na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Jsem si vědom, že uvedením nepravdivých nebo hrubě zkreslených údajů, nebo zamlčením podstatných údajů, se mohu dopustit přečinu, případně zločinu pojistného podvodu ve smyslu § 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku v platném znění, přičemž podle výše způsobené škody mně za tento trestný čin hrozí odnětí svobody až na deset let. Jsem si vědom, že i sama příprava takového činu je trestná.

Statutární orgán (předseda, hospodář, apod.)

V	dne
OMS	
Podpis	

Jméno, příjmení
Datum narození
Trvalý pobyt
Telefonní číslo
E-mail

Číslo pojistné události
(vyplní pojišťovna)