

POJISTNÁ SMLOUVA č. 0011-304-083

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU



1



1. Pojistná smlouva
2. Postup při pojistné události



POJIŠTĚNÉ OSOBY

Smlouvou jsou pojištěny na dále uvedené činnosti tyto osoby:

- řádní členové Sborů dobrovolných hasičů Sdružení hasičů ČMS (dále jen „SDH SH ČMS“) od 18-ti let,
 - všichni aktivní účastníci akcí pořádaných pojistníkem a/nebo organizačními jednotkami SH ČMS, kteří zajišťují přípravu, pořádání a likvidaci akcí ve funkci organizátorů nebo účinkujících.



MÍSTO POJIŠTĚNÍ

Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastaly během trvání pojištění na území ČR a všech ostatních států Evropské unie při činnostech, které pojistník a /nebo jeho členové vykonávají.



POJIŠTĚNÁ ČINNOST

- a. Společné hromadné akce a schůzky,
 - b. příprava a aktivní účast na sportovních, tělovýchovných, kulturních a rekreačních akcích,
 - c. krátkodobé brigády organizované pojistníkem a /nebo organizačními jednotkami SH ČMS,
 - d. zásahová činnost členů SDH SH ČMS zařazených v Jednotce SDH obce (dále jen „JSDHO“),
 - e. společné cesty pořádané pojistníkem a/nebo pojištěnými SDH SH ČMS dle předešlých bodů od místa hromadného srazu do místa činnosti a zpět s výjimkou činnosti JSDHO.
- V případě činnosti JSDHO pojistná ochrana začíná vyhlášením poplachu a končí návratem do sídla zasahující jednotky.



PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

5

VÝLUKY Z POJIŠTĚNÍ

Pojištění se nevztahuje na úrazy, ke kterým:

došlo při činnostech, které nebyly zařazeny do plánu práce SDH SH ČMS a dalších organizačních jednotek SH ČMS, byly prováděny bez souhlasu statutárních orgánů organizačních složek SH ČMS a dozoru nebo povolení odpovědného pracovníka nebo funkcionáře pojistníka nebo bez jeho výslovného povolení a které nebyly prováděny dle platných vnitřních předpisů SH ČMS.



PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

6

POJISTNÁ RIZIKA

- a. Smrt následkem úrazu
- b. Trvalé následky úrazu
- c. Doba nezbytného léčení úrazu.

Za úraz se odchylně od čl. 13, odst. 15 DPP pro účely této smlouvy považuje i tělesné poškození nebo smrt pojištěného, které byly způsobeny infekční nemocí, diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky, zhoršením nemoci v důsledku úrazu, náhlou cévní mozkovou příhodou a amocí sítnice, pokud úraz byl v přímé souvislosti s pojištěnou činností JSDHO, vyjma sebevraždy nebo pokusu o ni.



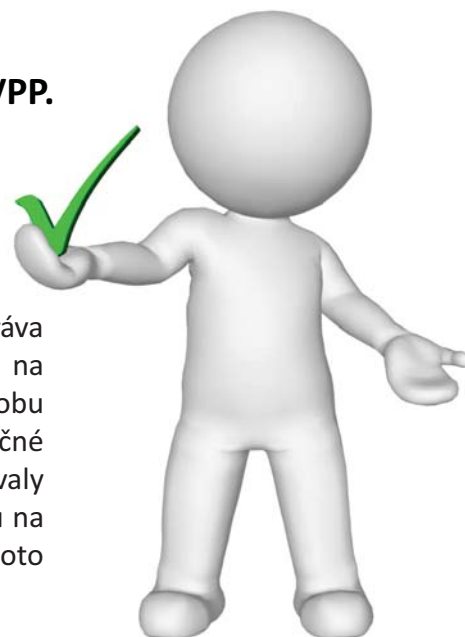
POJISTNÉ PLNĚNÍ

- **Za smrt následkem úrazu vyplatí pojistitel oprávněné osobě dle čl. 16, odst. 6 nebo 7 VPP.**

6. Není-li obmyšlený v době pojistné události stanoven nebo nenabude-li práva na plnění, nabývají tohoto práva manžel pojištěného, a není-li ho, pak děti pojištěného.

7. Není-li osob uvedených v odst. 6, nabývají tohoto práva rodiče pojištěného, a není-li jich, nabývají práva na pojistné plnění osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného; není-li ani těchto osob, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.

- **Za trvalé následky úrazu nebo dobu nezbytného léčení následků úrazu vyplatí pojištěnému.**



POJISTNÉ PLNĚNÍ ZA SMRT ÚRAZEM

- a. V případě člena SDH SH ČMS, který je zařazen v JSDHO nebo člena SH ČMS, který je zapojen do činnosti jednotky, při zásahu u požáru a jiné mimořádné události (dále jen „při zásahu“) je pojištění sjednáno na pojistnou částku 250.000,- Kč.

Zásahem a jinou mimořádnou událostí se pro účely této smlouvy rozumí činnost pojištěného při plnění nejméně základních úkolů uvedených v §70 odst. 1, zákona č. 133/1985 Sb. o požární ochraně (provádění zásahu při likvidaci požárů a jejich následků, provádění záchranných prací při živelných pohromách a jiných mimořádných událostech, poskytování technické pomoci, kde hrozí nebezpečí ohrožení života, zdraví a majetkové újmy, likvidace a odstraňování následků spojených s ekologickou havárií nebo katastrofou).



- b. V ostatních pojištěných případech je pojištění sjednáno na pojistnou částku 100.000 Kč.

POJISTNÉ PLNĚNÍ ZA TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU

- a. Pojistné plnění se vypočítává jako procentuální částka z dohodnuté pojistné částky, a to na základě lékařského ocenění dle oceňovacích tabulek pojistitele.
- b. Sjednaná pojistná částka je 250.000 Kč.
- c. Při trvalých následcích oceněných lékařem do 30% pojistitel vyplácí procentuální část z dohodnuté pojistné částky.
- d. Při trvalých následcích oceněných lékařem od 30,01% a do 80% vyplácí pojistitel procentuální část z dvojnásobku dohodnuté pojistné částky.
- e. Při trvalých následcích oceněných lékařem od 80,01% a do 100% vyplácí pojistitel procentuální část z trojnásobku dohodnuté pojistné částky.



POJISTNÉ PLNĚNÍ ZA DOBU NEZBYTNÉHO LÉČENÍ NÁSLEDKŮ ÚRAZU

- a. Pojistné plnění se vypočítává jako procentuální částka z dohodnuté pojistné částky, a to na základě lékařského ocenění dle oceňovacích tabulek pojistitele.
- b. Sjednaná pojistná částka je 40.000,-Kč.



VÝPOČET POJISTNÉHO PLNĚNÍ

1. Doba nezbytného léčení úrazu

Pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu se stanoví na základě doložené dokumentace.

Z poškození, která byla způsobena úrazem, se vybere to, které je v Oceňovacích tabulkách pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění hodnoceno nejvýše.

Výše pojistného plnění je procento (dle oceňovacích tabulek) z pojistné částky.

Pojistitel je povinen plnit za průměrnou dobu, případně přiměřenou dobu nezbytného léčení, nejvýše za dobu jednoho roku.



VÝPOČET POJISTNÉHO PLNĚNÍ

2. Trvalé následky úrazu

V případě pojistného plnění za trvalé následky úrazu se procenta (dle Oceňovacích tabulek) za jednotlivá poškození sčítají.

Pojistitel vyplatí za trvalé následky úrazu, které byly způsobeny jedním úrazem, nejvýše 100% pojistné částky a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé následky hranici 100% překročí.



ZVÝŠENÍ POJISTNÉ ČÁSTKY

1. Pokud má pojištěný, jeho manžel/ka, příp. rodiče jako pojistník s HVP sjednáno před úrazem, na který se vztahuje hasičská smlouva, některá z těchto pojištění:
 - a. trvale obydlené domácnosti,
 - b. stavby,
 - c. životní,
 - d. havarijní,
 - e. odpovědnosti z provozu motorového vozidla,

a součet pojistného za tyto smlouvy je minimálně 2 000,-Kč /rok, vyplatí pojistitel pojištěnému procentuální část z dvojnásobku pojistné částky za dobu nezbytného léčení úrazu.



ZVÝŠENÍ POJISTNÉ ČÁSTKY

2. Pokud na základě činnosti SDH, vyplývající ze smlouvy o spolupráci uzavřené mezi SDH a HVP, dosáhlo HVP v uplynulém kalendářním roce objemu nového spárovaného (uhrazeného) pojistného ve výši min. 10.000 Kč, pojistitel vyplatí pojištěnému, který je členem tohoto SDH, procentuální část z dvojnásobku pojistné částky za dobu nezbytného léčení úrazu.
3. Pokud jsou splněny obě podmínky na zvýšení pojistné částky, výhody se sčítají.



PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

15

POJISTNÁ DOBA A POJISTNÉ OBDOBÍ

1. Pojištění je sjednáno na dobu neurčitou.
2. Pojistným obdobím je jeden rok.
3. Počátek pojištění je 1.1.2013.



PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

16

HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Pojistnou událost oznámí pojištěný/oprávněná osoba pojistiteli na tiskopisu „Oznámení pojistné události“, ke kterému přiloží další pojistitelem požadované doklady.



ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Ošetřitelí lékař potvrdí, že oběť málo pojištěného. Rodinné číslo: _____
 Datum záznamu: dokumentace lékaře a primární zdravotní ošetření dne: _____
 Diagnóza (znaky), rozsah úrazového zranění: _____
 NTD název a popisem: _____
 Očekáváte zdravotní zlepšení poškození a jeho rozsah (zdravotní vývoj, pokračování poškození na přechodné období následků)?
 Ano Ne
 Může být příčina újmy na zdraví (smrtelná nebo závažná)? Ano Ne V čem bylo zjištěno? _____
 Byla příčina újmy na zdraví podle lékařů, omezených či narybných lékařů? Ano Ne
 Je úraz z příčiny související s náhodným okolností (nepřírodní nebo živelný)? Ano Ne
 Způsob a druh obětí, podrobný popis: _____
 Rehabilitace (druha, délka, kritériá (typičtá, datum ukončení zdravotního stavu): _____
 Poranění úst nebo orgánů byl funkčně posazen již před úrazem, a to v rozsahu: _____
 Hospitalizace poškozeného a úrazem v: _____ od ... / ... / 20... do ... / ... / 20...
 Příčiny v druh hospitalizace během doby nezbytného léčení: _____
 Stupeň doby nezbytného léčení: od ... / ... / 20... do ... / ... / 20...
 Doba pracovní neschopnosti: _____
 Je-li předpoklad trvalých následků, uvést jejich pravděpodobný druh a rozsah: _____
 Je zdravotní léčení a dlejší stav je nezměnitelný? Ano Ne Je možné očekávat změnu zdravotního stavu a do jaké míry? _____
 Mají všichni členové a zranění trvalých následků zdravotní změny v úrazem nesouvisející?
 Nastaly (úspěšné) úspěchy ve zdravotním stavu vzhledem k poškození úrazem? _____
 Absolutně kardinální vyšetření posttraumatiskeho stavu ve spolupráci: _____
 Ošetření (léčba) včetně sledujícího lékaře: _____
 V _____ dne ... / ... / 20...
 lékař a vedoucí ošetřujícího lékaře

Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.
 Duševní lékařská, římská 215-83, 150 00 Praha 2, tel.: 222 119 123, fax: 222 514 412
 IČO: 2607, z. s. dle zákona č. 262/2001 Sb., o obchodním rejstříku, ve znění pozdějších předpisů, vloženo do obchodního rejstříku
 PSČ: 150 00, IČO: 2607, z. s. dle zákona č. 262/2001 Sb., o obchodním rejstříku, ve znění pozdějších předpisů, vloženo do obchodního rejstříku

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – SH ČMS ÚRAZ

Pojistitelé (jméno a příjmení) (mimo, kromě úrazu úrazu): _____
 Adresa (ulice, obec, PSČ): _____
 Rodné číslo: _____
 Telefonní číslo (mobil): _____ email: _____
 Bankovní spojení: VÚ-35
 Má pojištěný, jeho manželka, příj. rodině jako pojištěný, společník v HVP, a.s. FN pojištěný, zdravotní, státní, bezvýhradně pojištěný, pojištěný odškodnění a převzetí nemocenské výplaty, příj. rodině pojištěný? Pokud ano, uvést číslo pojistné smlouvy a dobou vstupu pojistníka a pojištěného klapit (ukládá se do této části listu)

Datum události (den, měsíc, rok): _____ hod: _____
 Místo události: _____
 Poškozená (název) / jakou osobou poškozená osoba: _____
 Příčina pojistné události (úrazu) a v jakém úrazu (zranění a okolnosti) události (uvést kopii úrazového listu, potvrzení policie nebo m.ú.b., kopie dle úpravy o smlouvu, přiložit další doklady pokud je možno přiložit): _____
 Číslo členské přílohy SH ČMS pojištěného: _____
 Informace, že členové SH ČMS pojištěného události souhlasí, že je organizací, plánování, realizace tak, jak byla popsána: _____
 Právní organizace jednotky SH ČMS a její statutární zástupce: _____
 Právní OSH a její statutární zástupce: _____
 Pojištěný prohlásil, že (včetně členů, příj. rodině) _____
 • Neplatí nebo neuplatňuje se v případě události: uplatněno nebo uplatněno není v době pojistné události a
 • Nemá být (byl) pojištěný (pojištěný) v době události (úrazu, zdravotní, zdravotní, pod.)
 • Nemá být pojištěný (pojištěný) v době události (úrazu, zdravotní, zdravotní, pod.)
 • Jsem nejsem (včetně rodině) součástí SH ČMS, a.s. předem já
 • Je-li (včetně) SH ČMS
 • Všechny členové (včetně příj. rodině) předem a je-li (včetně) členů (včetně) SH ČMS, nebo součástí (včetně) SH ČMS
 • Byla (včetně) pojištěného a v době události (úrazu) v době události (úrazu, zdravotní, zdravotní, pod.)
 Vyplnění tiskopisu: SH ČMS pojištěného, a.s. v době události (úrazu) a v době události (úrazu, zdravotní, zdravotní, pod.)
 V _____ dne: _____
 Právní organizace jednotky SH ČMS a její statutární zástupce: _____
 Právní OSH a její statutární zástupce: _____

HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

1. Na tiskopisu SDH SH ČMS nebo jiná organizační jednotka SH ČMS a OSH SH ČMS potvrdí, že zraněný byl v době úrazu pojištěným a že k úrazu došlo při činnosti, na kterou se vztahuje pojištění podle této smlouvy.
2. Tiskopis musí být řádně a pravdivě vyplněn, opatřen razítkem pojištěného SDH SH ČMS nebo jiné organizační jednotky SH ČMS a OSH SH ČMS a podpisy statutárních zástupců. Bez předložení těchto dokladů pojistitel neposkytne pojistné plnění.
3. Došlo-li ke smrti pojištěného, předloží oprávněná osoba pojistiteli též „Úmrtní list“ a „List o prohlídce mrtvého“.
4. Dojde-li k úrazu pojištěného při zásahu, je povinností pojištěného/oprávněné osoby zajistit, aby součástí oznámení pojistné události byla potvrzená kopie Hasičským záchranným sborem „Dílčí zpráva o zásahu“. Při nedodržení této povinnosti není pojistitel povinen pojištěnému/oprávněné osobě plnit.



HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Pro uplatnění nároku na zvýšení pojistné částky (za dobu nezbytného léčení) dle čl. 7 odst. 1 je pojištěný povinen:

1. uvést čísla uzavřených pojistných smluv do tiskopisu „Oznámení pojistné události“,
2. doložit kopii rodného/oddacího listu svůj vztah k osobě, která má jako pojistník uzavřenu pojistnou smlouvu s pojistitelem.

Při nedodržení této povinnosti není pojistitel povinen pojištěnému poskytnout plnění ze zvýšené pojistné částky.



POSTUP PŘI POJISTNÉ UDÁLOSTI

1. Vyhledejte lékařské ošetření a dodržujte léčebný režim stanovený lékařem
2. Pojistnou událost nahlaste.

Pro nahlášení si připravte:

1. číslo pojistné smlouvy,
2. přesné datum úrazu,
3. iniciály pojištěného,
4. popis poškození
5. čísla pojistných smluv pro zvýšení pojistné částky
6. další požadované doklady



POSTUP PŘI POJISTNÉ UDÁLOSTI

1. Pokud máte lékařskou zprávu z prvního lékařského ošetření, můžete událost nahlásit ihned. V ostatních případech nahlaste úraz po ukončení léčby úrazu.
2. Promlčecí lhůta je tříletá a začíná běžet 1 rok po vzniku úrazu.
3. Pojistnou událost hlásí pojištěný nebo zákonný zástupce nebo oprávněná osoba.
4. Pojistnou událost lze nahlásit:
 - a. **telefonicky** na tel.č.: 222 119 125 (Po-Čt 7:30 – 16:15, Pá 7:30 – 15:00),
 - b. **e-mailem** na adresu: skody@hvp.cz,
 - c. **písemně** na adresu:
Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.
Úsek likvidace pojistných událostí
Římská 2135/45, 120 00 Praha 2,
 - d. **on-line** na webových stránkách www.hvp.cz



PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

21

POSTUP VYPLNĚNÍ OZNÁMENÍ PLNĚNÍ ZA DOBU NEZBYTNÉHO LÉČENÍ ÚRAZU

1. U úrazů, které nastaly do 31.12.2012 je nutno vyplnit formulář Oznámení pojistné události - SH ČMS úraz k pojistné smlouvě č. **0000-792-083**.
2. U úrazů, které nastaly po 1.1.2013 je nutno vyplnit přední stranu formuláře Oznámení pojistné události - SH ČMS úraz k pojistné smlouvě č. **0011-304-083**.
3. Nechte potvrdit formulář příslušným SDH a OSH (razítko a podpis oprávněné osoby)
4. Pokud máte kopii zdravotní dokumentace k úrazu, přiložte ji k vyplněnému formuláři a zašlete HVP, a.s.
5. Pokud nemáte kopii zdravotní dokumentace k úrazu, dejte vyplnit rubovou stranu formuláře – Zpráva ošetřujícího lékaře. (Poplatek za vyhotovení pojistitel neoplácí.)
6. Pokud pojistná událost vznikla při zásahu, je nutné doložit kopii „Dílčí zprávy o zásahu“.



PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

22

POSTUP VYPLNĚNÍ OZNÁMENÍ PLNĚNÍ ZA TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU

1. Nárok vzniká po ustálení zdravotního stavu. Ve většině případů nejdříve 1 rok po vzniku pojistné události.
2. Pokud je rozsah trvalých následků znám hned po úrazu (např. amputace končetiny, vyražený zub, apod.), je možno o výplatu plnění za trvalé následky požádat současně s plněním za dobu nezbytného léčení úrazu.
3. K nahlášení použijte formulář Hodnocení trvalých následků, kde vyplníte horní část. Odbornou část vyplní ošetřující lékař. (Poplatek za vyhotovení pojistitel neuplatňuje.)
4. Pokud úraz vedl ke vzniku jizev, zašlete spolu s formulářem také jejich fotografie.



Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.
 Odbor lévařské, Řimská 21 83 45, 120 00 Praha 2, tel.: 222 119 125, fax: 222 314 412
 IČ: 46972451, zapsaná v obchodním rejstříku ve věcném Městském soudě v Praze, oddíl B, vložka 2742

di III? a.s. dlevo do, lední
 pojice

zito dno

arvno člá

HODNOCENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ

Pokud chcete splatit prvo na plát z pojistné smlouvy, vyplňte tento dotazník a odesílejte poštou dle níže

Pojistná smlouva číslo (bez uvedení čísla pojistné smlouvy nelze vyřadit):

KDO? Pojistný jméno a příjmení (osoba, která utrpěla úraz)

Adresa (ulice, obec, PSČ):

Rodné číslo:

Telefonní číslo mobil: email:

Kdy je Vás možná zaměstnat:

Zaměstnavatel (firma, IČ, sídlo):

Bankovní spojení na oprávněnou osobu: VS/SS

..... Právce pojistitelů / pojistka

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

KDE? Místo události:

CO? Poškozená část těla / jakému poškození došlo

1. Při postižení horních končetin označte, zda se jedná o: leváka praváka

2. Jaka trvalé následky úraz zanechal a v jakém rozsahu? (Popis objektivních příznaků.)

.....

3. Aktuální funkční vyšetření postiženého kloubu ve stupních:

4. Nastaly zjištěné účinky ve zdravotním stavu slyšně úrazem ze dne ?

5. Nemají vliv na celkový rozsah trvalých následků chorobné změny nesouvisející s úrazem?

6. Je skončeno léčení a duševní stav je nezměnitelný?

7. Je možné očekávat zlepšení, zhoršení a do jaké míry?

V dne:

..... Řešitel a podpis lékaře

LP0001/29/2008

PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

23

POSTUP VYPLNĚNÍ OZNÁMENÍ PLNĚNÍ ZA SMRT NÁSLEDKEM ÚRAZU

1. Oprávněná osoba / zákonný zástupce vyplní přední stranu formuláře Oznámení pojistné události SH ČMS úraz k pojistné smlouvě č. 0011-304-083.
2. Nechá potvrdit příslušným SDH a OSH (razítko a podpis oprávněné osoby).
3. S vyplněným formulářem zašle kopii Úmrtního listu, kopii Listu o prohlídce zemřelého (příp. Potvrzení o příčině úmrtí, které vydá matriční úřad, v jehož obvodu pojištěný zemřel) a výsledek vyšetřování Policie ČR.



PS č. 0011-304-083 – POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚRAZU

24

DALŠÍ POSTUP LIKVIDACE

1. Po nahlášení pojištěný od HVP, a.s. obdrží dopis s registračním číslem pojistné události a jménem a kontakty na likvidátora, který pojistnou událost vyřizuje. Toto registrační číslo pojistné události uvádějte vždy při komunikaci s pojistitelem.
2. V případě potřeby si likvidátor vyžádá další potřebné doklady.
3. Po ukončení šetření pojistné události Vám bude zasláno pojistné plnění a informační dopis o výši pojistného plnění.



POJISTNÉ PODMÍNKY

1. **Všeobecné pojistné podmínky pro obnosové pojištění ŽP/17/2012**
2. **Doplňkové pojistné podmínky pro úrazové pojištění ŽP/20/2012**

ke stažení:

- na www.dh.cz, sekce pojištění,
- www.hvp.cz, sekce pojištění osob – úrazové pojištění.

Pojistná smlouva ke stažení:

- na www.dh.cz, sekce pojištění.

Postup při likvidaci a tiskopisy a oznámení PU ke stažení:

- www.dh.cz, sekce pojištění,
- www.hvp.cz, sekce pojistná událost z úrazového pojištění.



POJISTNÁ SMLOUVA

č. 0014-424-018

O ODPOVĚDNOSTI ZA ŠKODY

uzavřená
mezi SH ČMS a HVP, a.s.



PS č. 0014-424-018 – POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI



Pojištění odpovědnosti za škody se vztahuje na:

- všechny organizační jednotky SH ČMS jako organizátoři a pořadatelé postupových hasičských soutěží:
 - v požárním sportu
 - ve hře Plamen
 - v soutěži Dorostu.
- Kancelář SH ČMS jako garanta přípravy reprezentačních celků mládeže, dorostu a dospělých a ostatních plánovaných akcí Kanceláří SH ČMS.
- ÚHŠ Jánské Koupele a Bílé Poličany, CHH Příbyslav a všechny KSH a OSH jako organizátory plánovaných akcí odborného nebo společenského charakteru.



Pojištění odpovědnosti za škodu se vztahuje na pojistné události, které nastanou na území ČR

Základní pojištění:

- Pojistná částka: 2 000 000,- Kč
- Spoluúčast: 0,- Kč

Dodatkové pojištění:

- Pojistná částka: 100 000,- Kč
- Spoluúčast: 0,- Kč



Pojištění odpovědnosti za škody se řídí:

- Všeobecnými pojistnými podmínkami pro škodové pojištění, T.č.: NP/01/2005,
- Smluvními ujednáními pro pojištění odpovědnosti za škody, T.č.: NP/12/2005.



HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

- na tiskopisu Oznámení pojistné události,
- oznamuje pojištěný = organizační jednotka,
- musí být razítko SDH nebo jiné organizační jednotky,
- musí být podpis statutárního zástupce.



PS č. 0014-424-018 – POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI

5

**Děkuji za pozornost
a přeji klidné bezeškodní průběhy
všech soutěží!**



PS č. 0014-424-018 – POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI

6