



IČ: 46973451, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2742

Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.

Odbor likvidace, Římská 2135/45, 120 00 Praha 2, tel.: 222 119 125, fax: 222 514 412

do HVP, a.s. doručeno dne, hodina,
podpis:

číslo škody

archivní číslo

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – SH CMS ÚRAZ

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

Pojistná smlouva číslo: 0011-304-083

Pojištěný jméno a příjmení (osoba, která utrpěla úraz) _____

Adresa (ulice, obec, PSČ): _____

Rodné číslo: _____

Telefonní číslo/mobil : _____ email: _____

Bankovní spojení: _____ VS/SS

Má pojištěný, jeho manžel/ka, příp. rodiče jako pojistník sjednanou u HVP, a.s. PS pojištění domácnosti, stavby, havarijního pojištění, pojištění odpovědnosti z provozu motorového vozidla, příp. životního pojištění? Pokud ano, uveďte číslo pojistné smlouvy a doložte vztah pojistníka a pojištěného kopií oddacího/rodného listu.

Datum události den/měsíc/rok: _____ hod.: _____

Místo události: _____

Poškozená část těla / k jakému poškození došlo

Příčina pojistné události (Stručně a výstižně uveďte způsob a okolnosti události. Ověřenou kopii úmrtního listu, potvrzení policie nebo svědka, kopii dílkové zprávy o zásahu, případně další dokumenty připojte formou přílohy.)

Číslo členského průkazu SH CMS pojištěného _____ název SDH: _____

Potvrzujeme, že činnost, při které pojistná událost nastala, byla organizována, plánována, nařízena tak, jak bylo popsáno:

_____ razítko organizační jednotky SH CMS a
podpis statutárního zástupce

_____ razítko OSN a podpis
statutárního zástupce

Pojištěný prohlašuje, že (nehodící 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, pod.).....
- **Není/ je** pojistné plnění vinkulováno ve prospěch třetích osob.....
- **Jsou/ nejsou** vyrovnaný veškeré nároky vůči HVP, a.s., pokud ne jaké
- **Je / není** plátcem DPH
- všechny písemné dotazy pojišťovny odpovíděl(a) **pravdivě a úplně** a je si vědom(a) důsledků **nepravdivých, neúplných odpovědí** na povinnost pojišťovny plnit.
- byl(a) předem poučen(a) o svých právech a povinnostech v souvislosti s šetřením události.

Výslově 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

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval osobu pojištěného Rodné číslo

Podle zdravotní dokumentace došlo k prvnímu lékařskému ošetření dne:

Diagnóza (česky), rozsah utrpěného zranění:.....
.....
.....

RTG nález s popisem:.....
.....

Odpovídá ošetřované tělesné poškození a jeho rozsah úrazovému ději, popsanému poškozeným na přední straně tohoto hlášení?
Ano Ne

Mohlo být příčinou újmy na zdraví úmyslné sebepoškození? Ano Ne

Bylo příčinou újmy na zdraví požití alkoholu, omamných či návykových látek? Ano Ne V krvi bylo zjištěno‰ alkoholu.

Je úraz v příčinné souvislosti s nějakým dřívějším onemocněním nebo úrazem? Se kterým? Ano Ne

Způsob a druh ošetření, podrobný popis:.....
.....

Rehabilitace (forma, délka, kolikrát týdně, datum ustálení zdravotního stavu):
.....
.....

Poraněný úd nebo orgán byl funkčně postižen již před úrazem, a to v rozsahu:

Hospitalizace poškozeného s úrazem v: od /.... /20..... do /.... /20.....

Příčiny a druh komplikací během doby nezbytného léčení:.....
.....

Skutečná doba nezbytného léčení: od: /.... / 20..... do /.... / 20.....

Doba pracovní neschopnosti: od: /.... / 20..... do /.... / 20.....

Je-li předpoklad trvalých následků, uveďte jejich pravděpodobný druh a rozsah:

Je skončeno léčení a dnešní stav je nezměnitelný? Ano Ne Je možné očekávat změnu stavu a do jaké míry?

Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků chorobné změny s úrazem nesouvisející?

Nastaly zjištěné úchytky ve zdravotním stavu výlučně popsaným úrazem?

Aktuální funkční vyšetření postiženého kloubu ve stupních Poškozený je: levák pravák

Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře:

V dne / 20.....

..... razítko a podpis ošetřujícího lékaře