



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 a odešlete 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 dílčí zprávy o zásahu, případně další dokumenty připojte formou přílohy.)

Číslo členského průkazu SH ČMS pojištěného

název SDH:

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

razítko organizační jednotky SH ČMS a
podpis statutárního zástupce

razítko OSH 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** 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**
- byl(a) předem poučen(a) o svých právech a povinnostech v souvislosti s 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

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 úchylny 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