



**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** na povinnost pojišťovny plnit.
- 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 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