



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, připojte vyplněný tiskopis
Zpráva ošetřujícího lékaře a odešlete pojišťovně. V případě nedostatku místa připojte další list.

Pojistná smlouva číslo: 000-0792-083

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

Adresa (ulice, obec, PSČ):

Rodné číslo:

Telefonní číslo/mobil : email:

Kdy je Vás možné zastihnout:

Zaměstnavatel (firma, IČ, sídlo)

Rodič (opatrovník) v případě nezletilých a právně
nezpůsobilých osob (jméno a příjmení / název firmy)

Adresa/ sídlo firmy

Rodné číslo / IČ

Telefonní číslo/mobil: e-mail:

Má pojištěný u HVP, a.s. některé z těchto pojištění? Pokud ano, uveďte číslo pojistné smlouvy (č. PS).

pojištění domácnosti, č. PS: pojištění úrazu, č. PS:

pojištění stavby, č. PS: pojištění odpovědnosti, č. PS:

životní/důchodové pojištění, č. PS:

KAM? Bankovní spojení na oprávněnou osobu: VS/SS

KDY? Datum události den/měsíc/rok: hod.:

KDE? Místo události:

CO? Poškozená část těla / k jakému poškození došlo

JAK? **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.)

Byla-li činnost, při které došlo k úrazu organizována, plánována, nařízena, uveďte kým:

došlo k úrazu při výkonu povolání ANO x NE

Druh soutěže (označte):

Pohár starosty SH ČMS ☐ Postupová soutěž ☐ Nepostupová soutěž ☐

Potvrzujeme, že pojistná událost nastala tak, jak bylo popsáno:

razítko OSH a podpis zodpovědného
pracovníka

V případě úrazu dopravované osoby motorovým vozidlem uveďte dále:

Druh a tovární značku motorového vozidla, v němž došlo k úrazu: -----

číslo karoserie
RZ: ----- (VIN kód): ----- počet sedadel podle ORV -----

a počet skutečně dopravovaných osob v okamžiku úrazu: -----

Číslo členského průkazu SH ČMS pojištěného ----- název SDH: -----

razítko příslušného SDH
a podpis zodpovědného pracovníka

V případě úrazu dopravované osoby motorovým vozidlem uveďte dále:

Druh a tovární značku motorového vozidla, v němž došlo k úrazu: -----

RZ: ----- číslo karoserie (VIN kód): -----

počet sedadel podle ORV ----- a počet skutečně dopravovaných osob v okamžiku úrazu: -----

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 čl. 1 a 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění předpisů pozdějších.

V ----- dne: -----

Podpis pojištěného/pojistníka



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

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 / / 200 do / / 200

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

Skutečná doba nezbytného léčení: od: / / 200 do / / 200

Doba pracovní neschopnosti: od: / / 200 do / / 200

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 / 200

.....
razítko a podpis ošetřujícího lékaře