



## HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI ke smlouvě 000-0792-083

ke které došlo v rámci činnosti složek SH ČMS

Číslo pojistné události: .....

Máte u HVP, a.s. některé z těchto pojištění? Uveďte čísla všech pojistných smluv s celkovým pojistným vyšším než 1 000 Kč:

pojištění trvale obydlené domácnosti č. PS:....., pojištění stavby č. PS:.....

pojištění životní č. PS:....., důchodové č. PS:.....

**POJIŠTĚNÝ** (osoba, která utrpěla úraz):

Příjmení, jméno, titul: .....	Rodné číslo: .....
Ulice, čp.: .....	Telefon: .....
PSČ: ..... Obec: .....	Zaměstnaní: .....
Zaměstnavatel: .....	Telefon: .....
Rodiče nebo oprávněná osoba: .....	

### POJISTNÁ UDÁLOST:

Datum vzniku: ..... / ..... 200 ....	Při úrazu uveďte i hodinu: .....hod.
Místo vzniku: .....	Poraněná část těla:.....
Uveďte stručně a výstižně činnost, způsob a okolnosti, za kterých došlo k pojistné události (ověřenou kopií úmrtního listu, potvrzení policie nebo svědků, případně další důkazné materiály připojte formou přílohy):	
.....	
.....	
.....	

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

..... Došlo k úrazu při výkonu povolání? (ANO/NE): .....

Druh soutěže (označte): Pohár starosty SH ČMS      Postupová soutěž      Nepostupová soutěž

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

.....  
razítko okresu SH ČMS  
a podpis zodpovědného pracovníka

V případě úrazu osoby dopravované motorovým vozidlem uveďte dále:

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

SPZ: ..... číslo motoru: ..... počet sedadel podle OTP:.....

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

Prohlašuji, že jsem všechny písemné dotazy pojišťovny odpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých, nebo neúplných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Výslovně souhlasím s tím, aby Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s. ve smyslu § 9 zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“) zpracovávala citlivé osobní údaje o mém zdravotním stavu a zdravotním stavu osob, v jejichž prospěch bylo pojištění sjednáno, 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. Souhlas se zpracováním těchto údajů dávám na dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu, založeného smlouvou o pojištění. Dále prohlašuji, že jsem byl(a) předem poučen(a) o svých právech a povinnostech, včetně práva tento souhlas kdykoliv odvolat.

Plnění poukažte na adresu (jen liší-li se od adresy poškozeného):

.....

nebo na účet: .....kód banky ..... variabilní symbol: .....konst. symbol.....

Číslo členského průkazu SH ČMS pojištěného..... Název SDH ..... Razítko a podpis SDH

V ..... dne ...../..... 200 ....

Podpis poškozeného, nebo oprávněné osoby: .....

## ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Podle zdravotní dokumentace došlo k prvému lékařskému ošetření poškozeného, uvedeného v tomto hlášení dne: ..... / ..... / 200 ....

Diagnóza, zevrubný popis a 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): .....

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

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

Byly u poškozeného při prvém ošetření zjištěny příznaky požití alkoholu nebo omamných látek? (Ano/Ne): .....

Promile alkoholu v krvi poškozeného .....

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: .....

Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře: .....

V ..... dne .... / ..... 200 ....

.....  
razítko a podpis  
ošetřujícího lékaře

### ZÁZNAMY LIKVIDÁTORA A POSUDKOVÉHO LÉKAŘE HVP, a.s.

Dg.č.:..... % plnění: .....

Posud. lékař: ..... Likvidoval: ..... Revidoval: .....