



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

HODNOCENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ

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 (bez uvedení čísla pojistné smlouvy nelze vyřídit):

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):

Bankovní spojení na oprávněnou osobu: VS/SS

.....
Podpis pojištěného / pojistníka

KDY? Datum události den/měsíc/rok hodina/časový úsek:

KDE? Místo události:

CO? Poškozená část těla / k jakému poškození došlo

1. Při postižení horních končetin označte, zda se jedná o: leváka praváka

2. Jaké trvalé následky úraz zanechal a v jakém rozsahu? (Popis objektivních příznaků.)

.....
.....
.....
3. Aktuální funkční vyšetření postiženého kloubu ve stupních:

.....
4. Nastaly zjištěné úchylny ve zdravotním stavu výlučně úrazem ze dne ?

.....
5. Nemají vliv na celkový rozsah trvalých následků chorobné změny nesouvisející s úrazem?

.....
6. Je skončeno léčení a dnešní stav je nezměnitelný?

.....
7. Je možné očekávat zlepšení, zhoršení a do jaké míry?

V dne:

.....
Razítko a podpis lékaře