



VŠEOBECNÁ POJIŠŤOVNA, a.s.

HALALI, všeobecná pojišťovna, a.s.

115 25 PRAHA 1, JUNGMANNOVA 32/25, TEL: 224 948 473, 800 130 649

FAX: 224 948 475, Info@halali-pojistovna.cz, www.halali-pojistovna.cz

IČ: 60192402, Korespondenční adresa: 141 00 PRAHA 4, LEŠANSKÁ 1176

## OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI Z POJIŠTĚNÍ ÚRAZU PŘI PROVÁDĚNÍ MYSLIVOSTI

prezentační razítko

datum přijetí

Číslo pojistné události

(vyplní pojišťovna)

Číslo pojistné smlouvy

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa

Telefon

E-mail

Číslo účtu

Členem ČMMJ, z.s. od

Veden u OMS

Datum, čas vzniku události

hodin

Místo vzniku události

Popis vzniku události

Uveďte jaká část nebo části těla byly poškozeny a v jakém rozsahu.

Byla některá část nebo části těla již před událostí postiženy?  ano  ne Které?

Kde bylo poskytnuto první ošetření?

Datum prvního ošetření  Byl jste hospitalizován?  ano  ne Odmítl jste hospitalizaci?  ano  ne

Kde jste se dále léčil?

Došlo k újmě při výkonu povolání?  ano  ne Je událost hlášena jako pracovní úraz?  ano  ne

Došlo k újmě při sportovní činnosti?  ano  ne O jaký druh sportu se jedná?

Jde-li o úraz přepravovaných osob motorovým vozidlem, uveďte RZ nebo VIN vozidla

Jméno a adresu vlastníka vozidla

Jméno a adresu řidiče

V případě škodné události vyžadující vyšetření Policií ČR hlášeno Policii ČR v

dne

Vedeno pod č.j.

Celkový počet příloh

Pojistné plnění poukažte na bankovní účet číslo

nebo složenkou na adresu

**Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil/a pro HALALI, všeobecná pojišťovna, a.s., pouze toto oznámení a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si HALALI, všeobecná pojišťovna, a.s., vyžádala potřebnou dokumentaci o mém zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události.**

Podpis pojištěného

V

dne



VŠEOBECNÁ POJIŠTOVNA, a.s.

HALALI, všeobecná pojišťovna, a.s.

115 25 PRAHA 1, JUNGMANNOVA 32/25, TEL: 224 948 473, 800 130 649

FAX: 224 948 475, Info@halali-pojistovna.cz, www.halali-pojistovna.cz

IČ: 60192402, Korespondenční adresa: 141 00 PRAHA 4, LEŠANSKÁ 1176

## ZPRÁVA LÉKAŘE

První lékařské ošetření (datum, adresa zdrav. zařízení, jméno lékaře)

Co udal pacient jako příčinu úrazu ?

Popis poranění

RTG

Diagnóza

Způsob léčení

Kde byl zraněný hospitalizován ?

Doba hospitalizace od

do

Prodělané operace

Rehabilitace (uveďte formu, délku, četnost a předpokládané datum ustálení zdravotního stavu)

Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku dalších komplikací, uveďte z jakých příčin a o které komplikace šlo

Došlo k hnisání?  ano  ne

Celková doba léčení úrazu od

do

Doba pracovní neschopnosti (resp. doba, na kterou byla vystavena) od

do

Rozsah postižení poraněné části těla a jeho souvislost s úrazem

Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? Jaké byly příznaky?

V krvi bylo zjištěno . . . . . % alkoholu. Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?

ano

ne

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Jakého druhu a rozsahu?

V

dne

Razítko

Podpis lékaře

