



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 úchyly 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*