



do HVP, a.s. doručeno dne, hodina  
podpis

číslo škody

archivní číslo

## DOTAZNÍK č. 1

### k posouzení finanční náhrady za ublížení na zdraví a bolest

Následkem úrazu ze dne: ..... Pojistná smlouva č.: .....

#### Poškozený

Přímení: ..... Jméno: ..... Titul: ..... RČ: .....

Adresa - ulice (místo) č. p.: ..... Obec: ..... PSČ: .....

Zaměstnání: ..... Mobil / telefon: .....

Číslo účtu: ..... E-mail: .....

Je-li poškozený nezletilý, uveďte jméno a adresu jeho zákonného zástupce:

Přímení: ..... Jméno: ..... Titul: ..... RČ: .....

Adresa - ulice (místo) č. p.: ..... Obec: ..... PSČ: .....

Vstoupil(a) do léčeni dne: ..... Léčení ukončil(a) dne: .....

#### Klasifikace poškození zdraví

Příčina úrazu: .....

1. Jaká část těla byla poškozena a jakým způsobem: \_\_\_\_\_

2. Popište veškeré utrpení, které vám bylo úrazem způsobeno: \_\_\_\_\_

3. Popište průběh léčby a její trvání: \_\_\_\_\_

4. Kdy došlo k ustoupení bolesti: \_\_\_\_\_

5. Kdy došlo k nápravě funkce postižené části těla: \_\_\_\_\_

6. Jak daleko od Vašeho bydliště byla zdravotnická zařízení a kolik bylo nutných návštěv: \_\_\_\_\_

7. Pokud byly nutné hospitalizace, uveďte adresy jednotlivých zdravotnických zařízení a délku pobytu: \_\_\_\_\_

8. Byl(a) jste před úrazem zdrav(a)? Pokud ne, o jakou nemoc či následek jiného zranění se jednalo: \_\_\_\_\_

9. Pokud si úraz vyžádal pracovní neschopnost, uveďte dobu trvání (od - do): \_\_\_\_\_

10. Jednalo se o pracovní úraz: \_\_\_\_\_

11. Chcete doplnit nějaké další informace týkající se úrazu: \_\_\_\_\_

Jako přílohu k dotazníku zašlete, prosím, veškerou dokumentaci, kterou můžete výše uvedená tvrzení doložit.

V ..... dne .....

.....  
Podpis poškozeného (zákonného) zástupce