



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uvedte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a předejte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem, které bylo léčeno operací, nebo pokud jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operační protokol, máte-li je k dispozici. Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa trvalého pobytu/bydliště		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? ^{2,3)} Ano	
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾	
Obec – dodací pošta	PSČ	E-mail (uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu		Telefon	
Jste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák			

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).
³⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), blíže na www.koop.cz.
⁴⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum, čas a místo úrazu			
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu			
Došlo k úrazu při výkonu povolání?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Poraněná část těla		Byla postižena již před úrazem?	
		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu		Datum prvního ošetření	
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen		Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny	
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře			
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?		Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Jste registrovaný sportovec?		Pokud ano, pro který sport?	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží?		Pokud ano, v jaké soutěži?	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Stal se úraz při dopravní nehodě?		Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou?	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ)		Vyšetřovala dopravní nehodu policie nebo jiný státní orgán pověřený šetřením nehod?	
		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážete na (uvedte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné	Specifický symbol ⁹⁾
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B.	Název fondu	
<input type="checkbox"/> Jinou adresu	<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné	

⁹⁾ Viz bod 8 Informace k životnímu pojištění PERSPEKTIVA a bod 10 Informace k životnímu pojištění NA PRÁNI, též na www.koop.cz/dokumenty/pojisteni osob.

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte jméno, příjmení a rodné číslo zákonného zástupce této osoby (zákonným zástupcem je např. některý z rodičů, nebo opatrovník).

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva
 Operační protokol
 Usnesení policie
 Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě
 Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na plnění v důsledku uvedeného úrazu uplatňuji jen na tomto tiskopisu. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb) a žádal je o pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené u mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravuji příslušného lékaře (poskytovatele zdravotních služeb), aby pojistiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona.

V dne	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný	Vyjádření právnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby
2 0 1			Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
			Razítko a podpis právnické osoby

F. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba). Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestáčí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
kterému se stal úraz dne		a zjistil u něj tělesná poškození tohoto druhu a rozsahu	
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)			
Diagnóza vlastního zranění (česky)			Kód diagnózy podle MKN - 10
Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části těla; u rány typ a velikost; u popálenin jejich plochu v cm² nebo v % povrchu těla pro příslušný stupeň popáleniny ; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality zubní dřevě)			
Výsledek radiodiagnostického vyšetření - RTG, CT, MR, sono aj. (přiložte popis z RDG oddělení)			
Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu?			
Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace)			
Kde byl poraněný hospitalizován?		od	do
Operace (operační nález - přiložte, prosím, kopii operačního protokolu)			
Předpokládaná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem bude činit			týdnů
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace šlo			
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení			
Celková doba léčení v důsledku úrazu trvala		od	do
Doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu trvala		od	do
Byl vystaven tiskopis ČSSZ – 89 610 0 „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ ²⁾		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jeho číslo
Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte kdy, jak a v jakém rozsahu (při poškození zubu uveďte, zda před úrazem zub byl či nebyl vitální)			
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte o jaký druh omamné či toxické látky pravděpodobně šlo			
V krvi bylo zjištěno % o alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo omamná či toxická látka ovlivnily chování pojištěného?			
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu			
Jiná sdělení lékaře			
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení		Číslo oddělení	Telefon

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

2 0 1 1

Razítko a podpis lékaře