

Ke každému úrazu vyplíte pouze jeden tento formulář, ve kterém uvedte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplíte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a předejte ke vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. 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. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojištění nehradí (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění). Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovávány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemohoucí 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	Ulice (místo), číslo popisné/orientační
☐ Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého? ^{2,3)} ☐ Ano	☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾
Obec – dodací pošta	PSČ
E-mail (uvedení e-mailové adresy pojištěného / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon
Telefon	Telefon
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu	Jste ☐ pravák ☐ levák

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU		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? ☐ Ano ☐ Ne				
Poraněná část těla					Byla postižena již před úrazem? ☐ Ano ☐ 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? ☐ Ano ☐ Ne					Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým				
Jste registrovaný sportovec? ☐ Ano ☐ Ne					Pokud ano, pro který sport?				
Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží? ☐ Ano ☐ Ne					Pokud ano, v jaké soutěži?				
Stal se úraz při dopravní nehodě? ☐ Ano ☐ Ne					Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou? ☐ Ano ☐ Ne				
Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ)					Jména osob, které byly zraněny				
Jméno a adresa vlastníka vozidla					Jména a adresy řidiče a spolujezdců				
Jména svědků úrazu (včetně adresy)					Adresa orgánu, který případ vyšetřoval				

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

☐ Číslo účtu 	☐ Pojistnou smlouvu č. 	☐ Jinou adresu 	Kód banky 	Specifický symbol
--	--	--	--	--

☐ Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.

Jméno a příjmení/Název
 Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).

E. PŘÍLOŽENÉ DOKUMENTY

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 (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) o pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mě 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, oprávnění příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistitel 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 Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)? ☐ Ano ☒ Ne Razítko a podpis právnické osoby
201			

F. ZPRÁVA
LÉKAŘE

Informace pro lékaře

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

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného					
Rodné číslo ¹⁾		Příjmení	Jméno	Titul	
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 dřeně)					
.....					
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⁾		☐ Ano	☐ Ne	Pokud ano, uveďte jeho číslo	
Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?		☐ Ano	☐ Ne		
Pokud ano, uveďte kdy, jak a v jakém rozsahu					
.....					
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících?		☐ Ano	☐ 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?		☐ Ano	☐ Ne	Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	
				☐ Ano	☐ 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 zapisí datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
²⁾ Platnou variantu označte křížkem ☒ (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum
2 0 1

.....
Razítko a podpis lékaře