



Ke každému úrazu vyplíte 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. 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 pojistitel 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 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 Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého ^{2,3}) Ano	
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾	
E-mail ⁵⁾ (uvedení e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon	Telefon	
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu	Jste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák		

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 postžena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytl první ošetření úrazu			Datum prvního ošetření
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Vaš úraz léčen			Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře			
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým	
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, pro který sport?	
Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, v jaké soutěži?	
Stal se úraz při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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 poukážete na (uvedte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.	Jinou adresu	Jméno a příjmení/Název	
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	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. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie 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 (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) o porřízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o 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 (zdravotnické zařízení), 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	2011	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.)? <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
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 zhmoždění uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části těla; u rány typ a velikost; u popálenin jejich plochu v cm ² 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⁾		<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			
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
Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu		Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	
		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
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