



Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného a potvrzení členské organizace, že k úrazu došlo při pojištěné činnosti, nelze poskytnout pojistné plnění – a k příslušné pojistné události doložte dokumenty uvedené na druhé straně tohoto formuláře (**náklady na pořízení těchto dokumentů pojistitel nehradí**).

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 pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého ^{2,3)}	
Obec – dodací pošta		PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾
E-mail (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	

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 POJISTNÉ UDÁLOSTI

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

Datum, čas a místo úrazu (pojistná smlouva se vztahuje pouze na úrazy vzniklé od 1. 1. 2017)

Pojištěný byl k datu úrazu DÍTĚ (v roce vzniku úrazu ve věku do 18 let včetně) a nárok se týká²⁾

tělesného poškozením úrazem úhrady nákladů za invalidní vozík smrti následkem úrazu

Pojištěný byl k datu úrazu DOSPĚLÁ OSOBA (v roce vzniku úrazu ve věku nad 18 let) a nárok se týká²⁾

tělesného poškozením úrazem úhrady nákladů za invalidní vozík smrti následkem úrazu úhrady nákladů pohřbu

Pojištěný byl k datu úrazu PRACOVNÍK / FUNKCIONÁŘ a nárok se týká²⁾

pracovní neschopnosti následkem úrazu smrti následkem úrazu

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu

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	

POTVRZENÍ ČLENSKÉ ORGANIZACE, že pojištěný uvedený v části B. je osobou, na kterou se vztahuje pojistná smlouva ČOV č. 4950050842, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti:

IČO	Evidenční číslo (např. ČUS ID)
Název organizace	
Potvrzení vystavil	
Příjmení a jméno	Telefon
E-mail	Razítko organizace a podpis
Dne	2 0 1

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu

Adresu uvedenou v části B.

Jinou adresu

³⁾ Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu³⁾

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě Zdravotnická dokumentace

Fotokopie úmrtního listu Pítevný protokol Doklad o ohledání mrtvého Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti Výpis z matriky

Jiné:

F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojistitel, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný zprošťuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

G. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V této části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v příslušném dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním a souvisejících vztahů s pojištěním, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištětele vztahují.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojišťiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojištětele poskytnout pojistné plnění.

V

dne

201

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce*, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

Zásady používání formuláře

Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění z pojistné smlouvy č. 4950050842 uzavřené Českým olympijským výborem (ČOV) pro členy sportovních svazů sdružených v **České unii sportu**, členy (registrované i rekreační cvičence) **České obce sokolské**, a další sportovní subjekty. Podrobnosti o pojištěných osobách a pojištěné činnosti jsou uvedeny na internetových stránkách pojištětele www.koop.cz.

Pojištění sjednaná v této smlouvě se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a ostatními obecně závaznými právními předpisy. Nedílnou součástí této pojistné smlouvy jsou Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob O-901/14 a Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění O-923/14 (viz www.koop.cz).

Pojistnou událostí je úraz, který má za následek tělesné poškození nebo smrt, a ke kterému došlo **od účinnosti pojistné smlouvy 1. 1. 2017** při činnosti, na níž se pojištění vztahuje. Nároky z pojištění (liší se podle toho, zda pojištěným je dítě, dospělá osoba, nebo pracovník / funkcionář) lze uplatnit za:

Tělesné poškození způsobené úrazem – pojistné plnění se vyplácí ve formě denního odškodného.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte záznam o ošetření tělesného poškození bezprostředně po úrazu a lékařské zprávy z dalšího průběhu léčeni až do poslední lékařské kontroly. Bylo-li tělesné poškození způsobené úrazem léčeno operací, doložte operační protokol a propouštěcí zprávu. Došlo-li k úrazu při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby, doložte usnesení policie.

Trvalé následky úrazu – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „Oznámení trvalých následků úrazu“, který je k dispozici na internetových stránkách pojištětele www.koop.cz.

Pracovní neschopnost (PN) následkem úrazu

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte záznam o ošetření tělesného poškození bezprostředně po úrazu a lékařské zprávy z dalšího průběhu léčeni až do poslední lékařské kontroly. Bylo-li tělesné poškození způsobené úrazem léčeno operací, doložte operační protokol a propouštěcí zprávu.

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za ukončenou pracovní neschopnost, přiložte kopii V. dílu tiskopisu ČSSZ – 89610 O „Rozhodnutí o dočasné PN“. Trvá-li PN déle než tři měsíce, můžete pojištětele požádat o zálohu na pojistné plnění. V takovém případě přiložte kopii II. dílu uvedeného tiskopisu a ukončení PN doložte jeho V. dílem.

Výše pojistného plnění **za tělesné poškození úrazem, trvalé následky úrazu a PN následkem úrazu** se stanoví podle **Oceňovacích tabulek** pojištětele platných ke dni, k němuž bylo pojištěteli doručeno oznámení

o příslušné pojistné události. Oceňovací tabulky jsou zveřejněny na internetových stránkách pojištětele www.koop.cz.

Úhrada nákladů na invalidní vozík

Z každé pojistné události uhradí pojišťitel pojištěnému, který se stane tělesně postiženým v důsledku úrazu, k němuž dojde během trvání pojištění, vynaložené náklady na nákup nebo pronájem lékařem předepsaného invalidního vozíku, který není hrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo je z něj hrazen jen částečně, a to maximálně do výše uvedeného limitu v jednom roce trvání pojištění. Pojišťitel je povinen hradit pouze tu část nákladů, kterou nehradí veřejné zdravotní pojištění. V případě pronájmu invalidního vozíku hradí pojišťitel náklady tohoto pronájmu, maximálně však do výše kupní ceny invalidního vozíku.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte originály dokladů prokazujících výši nákladů na pořízení invalidního vozíku, které musí obsahovat jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, resp. rodné číslo a razítko a podpis ošetřujícího lékaře.

Smrt následkem úrazu

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte následující dokumenty:

- ▶ kopii úmrtního listu,
- ▶ doklad, v němž je uvedena příčina smrti (např. lékařská zpráva, pitvění protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého),
- ▶ usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno),
- ▶ název (jméno) a adresa příslušného soudu (notáře), který vyřizuje pozůstalost,
- ▶ kontaktní telefon (osoba vyřizující úmrtí, manžel/ka, děti apod.).

Úhrada nákladů na pohřeb

Po smrti pojištěného následkem úrazu, k němuž dojde během trvání pojištění, uhradí pojišťitel právnícké nebo fyzické osobě, na kterou zní účet vystavený ústavem pohřební služby, částku nákladů pohřbu pojištěného, a to maximálně do výše uvedeného limitu. **Pojištění nezahrnuje** převoz pozůstatků pojištěného, a to ani z místa úmrtí pojištěného do místa trvalého bydliště pojištěného.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte následující dokumenty:

- ▶ kopii úmrtního listu,
- ▶ doklad, v němž je uvedena příčina smrti (např. lékařská zpráva, pitvění protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého),
- ▶ usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno),
- ▶ kontaktní telefon (osoba vyřizující úmrtí, manžel/ka, děti apod.)
- ▶ originály dokladů prokazujících výši nákladů, které musí obsahovat jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, resp. rodné číslo a razítko a podpis zaměstnance ústavu pohřební služby.