



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného nelze poskytnout pojistné plnění – a doložte dokumenty uvedené na druhé straně tohoto formuláře (náklady na pořízení těchto dokumentů pojistitel nehradí). 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 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 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)} Ano	
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 zapisuje 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? <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)		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 (uveďte pouze jednu z možností)

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

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu⁹⁾

⁹⁾ Viz bod 8 Informace k životnímu pojištění PERSPEKTIVA a bod 10 Informace k životnímu pojištění NA PRÁNÍ, též na www.koop.cz/dokumenty/pojisteni.osob.
⁷⁾ Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

**E. PŘILOŽENÉ
DOKUMENTY**

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě Zdravotní dokumentace
 Výsledek RTG / CT / MRI vyšetření Jiné: _____

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto formuláři jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na plnění v důsledku uvedeného úrazu uplatňuji jen na tomto formuláři. 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 plnících 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 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, opravňuji 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 _____ 2011	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce ⁹⁾ , 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
------------------------	--------------------------------------	--	--

Zásady používání formuláře

Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění z pojistných smluv, v nichž je sjednáno úrazové pojištění.

Pojistnou událostí je úraz, ke kterému došlo během trvání pojištění a který má za následek tělesné poškození nebo smrt pojištěného. V důsledku tělesného poškození způsobeného úrazem může být pojištěný rovněž hospitalizován, práce neschopen nebo uznán invalidním v příslušném stupni invalidity. Úraz může pojištěnému též zanechat trvalé následky.

Na tomto formuláři lze uplatnit nároky z úrazového pojištění za:

Tělesné poškození způsobené úrazem – pojistné plnění se vyplácí buď ve formě procentního podílu z pojistné částky nebo ve formě denního odškodného, a to podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte záznam o ošetření tělesného poškození bezprostředně po úrazu a lékařské zprávy z dalšího průběhu léčení 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 (v případě dopravní nehody, kterou šetří jiný státní orgán, doložte záznam vyhotovený tímto orgánem).

Výše pojistného plnění za tělesné poškození úrazem, trvalé následky úrazu a je-li to ujednáno v pojistné smlouvě, i za pracovní neschopnost následkem úrazu se stanoví podle **Oceňovacích tabulek** pojistitele platných ke dni, k němuž bylo pojistiteli doručeno oznámení pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulky jsou zveřejněny na internetových stránkách pojistitele www.koop.cz.

Ostatní nároky z úrazového pojištění se uplatňují na níže uvedených formulářích, které jsou k dispozici na internetových stránkách pojistitele www.koop.cz.

Trvalé následky úrazu – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „**Oznámení trvalých následků úrazu**“.

Pracovní neschopnost a pobyt v nemocnici následkem úrazu – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „**Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte**“.

Invalidita následkem úrazu – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „**Žádost o pojistné plnění z pojištění osob / k pojistné události z pojištění osob**“.

Smrt následkem úrazu – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „**Oznámení smrti**“.