



## Oznámení úrazu

**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 pojištěného nelze poskytnout pojistné plnění – a 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

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

Rodné číslo <sup>1)</sup>	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? Ano Kterého <sup>2,3)</sup>	
Obec – dodací pošta	PSC	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>4)</sup>	
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	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 předtištěných 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			
Poraněná část těla	Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu	Byla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen	Datum prvního ošetření		
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře	Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny		
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

<sup>5)</sup> Viz bod 8 Informace k životnímu pojištění PERSPEKTIVA a bod 10 Informace k životnímu pojištění NA PŘÁNÍ, též na [www.koop.cz/dokumenty/pojistení-osob](http://www.koop.cz/dokumenty/pojistení-osob).  
<sup>6)</sup> Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

**Pojistné plnění poukažte 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. _____	Název fondu	Specifický symbol <sup>6)</sup>
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č. _____		

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE** jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu<sup>7)</sup>

## E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

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

## F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojištiteli, 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 zproštuje 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 pojištiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištitel 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](http://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 pojištitel 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 pojištěného 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 pojištitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištěného 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 pojištitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištěného 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 pojištiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojištěného poskytnout pojistné plnění a že právo na pojistné plnění v důsledku uvedeného úrazu uplatňujete jen na tomto formuláři.

V  dne	Podpis pojištěného (oprávněné osoby) <b>Podpis zákonného zástupce<sup>2)</sup></b> , není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný	<b>Vyjádření právnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby</b> 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 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 (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** pojištěného platných ke dni, k němuž bylo pojištiteli doručeno oznámení pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulky jsou zveřejněny na internetových stránkách pojištěného [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

**Ostatní nároky z úrazového pojištění** se uplatňují na níže uvedených formulářích, které jsou k dispozici na internetových stránkách pojištěného [www.koop.cz](http://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**“.