



Oznámení trvalých následků úrazu

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky úrazu**, které lze hodnotit nejdříve **po jejich ustálení, nejpozději však ke 3 rokům od úrazu**. **Vyplňte části B. až D.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části G. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru trvalých následků – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře 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⁾	
Obec – dodací pošta		PSČ	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ³⁾
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

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uved'te pouze jednu z možností)

Číslo účtu Kód banky Specifický symbol

Adresu uvedenou v části B. Jinou adresu

Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č. Specifický symbol⁵⁾

Název fondu

Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.

¹⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.
²⁾ 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 osobu⁶⁾

E. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojistiteli, 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), žádosti 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 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.

F. 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 pojistitel 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 pojistitele 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 pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele 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 pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele 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 pojistiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.**

V
dne
2 0 1 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce⁹⁾,
není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

G. ZPRÁVA LÉKAŘE

Údaje o úrazu	Datum úrazu	Místo úrazu
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:		
Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:		

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 předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Kdy došlo k prvnímú lékařskému ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):	Datum
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:	Kód diagnózy podle MKN - 10

Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?*)	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:
Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:
Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jakou a od kdy:
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:

Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem

Popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?
..... od | | | | | | | | | | do | | | | | | | | | |

Operace (operační nález - přiložte prosím kopii operačního protokolu):

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:
.....

Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):

Je léčení poraněného skončeno? Ano Ne Zanechal-li úraz poraněnému trvalé následky, jsou ustáleny? Ano Ne

Pokud nejsou trvalé následky ustáleny, uveďte důvod:

Hodnocení trvalých následků úrazu


Lékař potvrzuje, že u pojištěného

Rodné číslo ¹⁾ 	Příjmení	Jméno	Titul
-------------------------------	----------	-------	-------

zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

Objektivní nález (u živev v obličejí uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm² nebo zakreslete na obrázku):
.....
.....
.....



Při poranění končetin uveďte popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň). Při poruše úchopové funkce HK uveďte kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost natažení v cm. Při poranění DK uveďte délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu, pronaci, supinaci, hypotrofi svalstva (srovnání s druhou DK), menisektomií (částečnou, úplnou)	PHK	LHK
	PDK	LDK

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení	Číslo oddělení	Telefon

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.
²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

Datum
| | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | 1 | |

Razítko a podpis lékaře