

Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu:
Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Centrum zákaznické podpory
Brněnská 634, 664 42 Modřice

Prezentační razítko



0000000000Z5028



0 0 2

Oznámení/hlášení pojistné události - trvalé následky 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 E.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **část H. předejte k vyplnění 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
Kontaktní adresa Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec – dodací pošta	PSČ	Povolání – oblast podnikání k datu úrazu	
E-mail ²⁾	Mobilní telefon	Telefon	

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.

C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ (IDENTIFIKOVANÁ OSOBA)

pojistník³⁾
 pojištěný
 zákonný zástupce - doloží identifikační údaje zastoupeného, např. rodný list dítěte
 fyzická osoba (zmocněnec) - doloží plnou moc s úředně ověřeným podpisem zmocnitelce, nebo její úředně ověřenou kopii

jiná osoba - doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Kontaktní adresa Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké?	Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát)	Platnost průkazu do	Místo, stát narození ²⁾
Kontaktní adresa Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) Ano	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ⁴⁾ Ano Ne
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁵⁾	
E-mail ²⁾	Mobilní telefon	Telefon	

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
³⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
⁴⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118/7670 (Z 6110) „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“, blíže na www.koop.cz.
⁵⁾ Uvedením e-mailové adresy oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložíte 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	Byla tato část těla postižena úrazem či nemocí již dříve? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Pokud ano, uveďte rozsah postižení	Doložte kopie lékařských zpráv týkající se tohoto dřívějšího postižení části těla.		
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		
Úraz se Vám stal při <input type="checkbox"/> výkonu povolání/zaměstnání <input type="checkbox"/> volnočasové aktivitě			
Stal se úraz při sportu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte druh sportu		
Stal se úraz při rekreační sportovní činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Jste profesionálním sportovcem s úvazkem minimálně 28 hodin týdně? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Stal se úraz při výkonu profesionálního sportu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Přiložte kopii policejního protokolu (není třeba, bylo-li doloženo již při hlášení úrazu, který tyto trvalé následky způsobil).		
Jednalo se o dopravní nehodu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, řídil jste vozidlo? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Nebudou-li správně a úplně vyplněny údaje v části B, a C, nebo část s podpisy a údajů o ziskatelci (pod částí G.) a pojistné plnění převyšuje 2 500 EUR, může být zasláno na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace příjemce plnění bude provedena při jeho výplatě na pobočce České spořitelny.

9) Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

Pojistné plnění poukážete na (uved'te 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 mimořádné pojistné na účet číslo		Kód banky	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.			
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na účet číslo		Kód banky	Variabilní symbol

F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojštěný 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), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořizování 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 svého zaměstnavatele.

Pojštěný 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.

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 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, resp. jeho odesláním 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. Jste-li zákonným zástupcem nezletilého, který má nárok na pojistné plnění, prohlašujete, že jste plně svéprávný(á) a že jste nebyl(a) soudem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti ani omezen(a) v jejím výkonu. Dále prohlašujete, že jste si vědom(a), že pojistné plnění přebíráte ve prospěch nezletilého.

V dne	2 0	Podpis osoby uvedené v části C.	Podpis zákonného zástupce, není-li osoba uvedená v části C, plně svéprávná	Jméno, příjmení/název zástupce pojistitele (ziskatele) a jeho podpis
Získatelské číslo/Identifikace partnera (HR)	Osobní číslo spolupracovníka získatele /Identifikace poradce	Telefon	E-mail	Zástupce pojistitele (získatel) ověřil identifikační údaje a shodu podoby oprávněné osoby dle předloženého průkazu totožnosti.

H. ZPRÁVA LÉKAŘE

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.

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Údaje o úrazu	Datum úrazu	Místo úrazu	
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:			
Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:			
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):			Datum
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:			Kód diagnózy podle MKN - 10
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ²⁾	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte promile alkoholu ‰ Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky:	Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
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):			
<input type="text"/>			
Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?			
od <input type="text"/> do <input type="text"/>			
Operace (operační název - přiložte prosím kopii operačního protokolu):			
<input type="text"/>			
Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:			
<input type="text"/>			
Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):			
<input type="text"/>			
Je léčení poraněného skončeno?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Zanechal-li úraz poraněnému trvalé následky, jsou ustáleny?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud nejsou trvalé následky ustáleny, uveďte důvod:			
<input type="text"/>			
Hodnocení trvalých následků úrazu - lékař potvrzuje, že u pojištěného zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:			
Subjektivní potíže udávané pojištěným:			
<input type="text"/>			
Objektivní nález (u živev v obličejí uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm ² nebo zakreslete na obrázku):			
Objektivní nález (u živev v obličejí uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm ² nebo zakreslete na obrázku):			
Při poranění končetin uveďte popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).			PHK
Při poruše úchopové funkce HK uveďte kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost natažení v cm.			LHK
Při poranění DK uveďte délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu, pronaci, supinaci, hypotrofii svalstva (srovnání s druhou DK), mentisektomi (částečnou, úplnou)			PDK
			LDK
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Úlice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

20

Razítko a podpis lékaře