



**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 nelze poskytnout pojistné plnění – a **predejte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za **tělesné poškození způsobené úrazem**, které bylo léčeno operací, nebo pokud jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operační protokol, máte-li je k dispozici. Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovány 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 <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? Kterého <sup>2),3)</sup> Ano	
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>4)</sup>	
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		

**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			Kód úrazu <sup>5)</sup> (a) (b) (c)
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 poskytl 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, tělovýchovné činnosti nebo volnočasových aktivitách?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým (oddíl, kmen a pod.) IČO	
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? <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"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné	Specifický symbol <sup>6)</sup>
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B.	Název fondu	
<input type="checkbox"/> Jinou adresu	<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné	

<sup>6)</sup> Viz bod 8 Informace k životnímu pojištění PERSPEKTIVA, též na [www.koop.cz/dokumenty/pojisteni-oseb](http://www.koop.cz/dokumenty/pojisteni-oseb).

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte jméno, příjmení a rodné číslo zákonného zástupce této osoby (zákonným zástupcem je např. některý z rodičů, nebo opatrovník).

**E. PŘILOŽENÉ  
DOKUMENTY**

Propouštěcí zpráva  Operační protokol  Usnesení policie  Záznam policie o dopravní nehodě  Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na plnění v důsledku uvedeného úrazu uplatňuji jen na tomto tiskopisu. 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 plynoucích 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, opravuji 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	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný	Vyjádření právnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby
2 0 1			Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Razítko a podpis právnické osoby

## F. ZPRÁVA LÉKAŘE

### Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).  
Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestáčí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
kterému se stal úraz dne		a zjistil u něj tělesná poškození tohoto druhu a rozsahu	
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)			
Diagnóza vlastního zranění (česky)			Kód diagnózy podle MKN - 10
Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu (např. u zhmoždění uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části těla; u rány typ a velikost; u <b>popálenin jejich plochu v cm<sup>2</sup> nebo v % povrchu těla pro příslušný stupeň popáleniny</b> ; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality zubní dřevě)			
Výsledek radiodiagnostického vyšetření - RTG, CT, MR, sono aj. (přiložte popis z RDG oddělení)			
Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu?			
Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace)			
Kde byl poraněný hospitalizován?		od	do
Předpokládaná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem bude činit <input type="text"/> týdnů			
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace šlo			
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení			
Celková doba léčení v důsledku úrazu trvala		od	do
Doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu trvala		od	do
Byl vystaven tiskopis ČSSZ – 89 610 0 „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ <sup>2)</sup>		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jeho číslo
Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte kdy, jak a v jakém rozsahu (při poškození zubu uveďte, zda před úrazem zub byl či nebyl vitální)			
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte o jaký druh omamné či toxické látky pravděpodobně šlo			
V krvi bylo zjištěno <input type="text"/> ‰ alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo omamná či toxická látka ovlivnily chování pojištěného?			
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu			
Jiná sdělení lékaře			
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení		Číslo oddělení	Telefon

<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).

Datum

201

Razítko a podpis lékaře