



## Oznámení 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

1) U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.  
2) Nemá-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.  
3) Uvedením e-mailové adresy osoba uvedená v části B. nebo C., pokud uplatňuje právo na pojistné plnění, souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.  
4) Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).  
5) Je-li označeno křížkem  považuje se osoba za politicky exponovanou (PEP) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. a je třeba identifikovat osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
<b>Kontaktní adresa</b>	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>
E-mail <sup>3)</sup>	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	
Pohlaví <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano <sup>5)</sup> Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého? DÍČ: <input type="checkbox"/> Ano <sup>5)</sup>	

### C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Tato osoba vždy vyplní i údaje o pojištěném v části B. Pokud je sama pojištěným, tuto část nevyplňuje a vyplní pouze část B.

Je-li osoba (zástupce), která uplatňuje právo na pojistné plnění, osobou právníčkou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníckou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právníckou osobu a doloží identifikační údaje právnícké osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

<input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného dítěte, který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu	<input type="checkbox"/> opatrovník (doloží pravomocné rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníkem)		
<input type="checkbox"/> zmocněnec (doloží plnou moc nebo její kopii s úředně ověřeným podpisem zmocnitel k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	<input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění)		
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
<b>Kontaktní adresa</b>	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>
E-mail <sup>3)</sup>	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	
Pohlaví <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano <sup>5)</sup> Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého? DÍČ: <input type="checkbox"/> Ano <sup>5)</sup>	

### D. 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 vzniku úrazu		Povolání - oblast podnikání pojištěného k datu vzniku 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?		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

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, pokud právo na pojistné plnění uplatňuje pojištěný	<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části C, pokud právo na pojistné plnění uplatňuje osoba uvedená v části C.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.		Specifický symbol <sup>9)</sup>
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

<sup>9)</sup> Viz Informace pro klienta, též na [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

## F. 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 setřetí 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, porušení 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.

Pojištěný zprošťuje 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](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 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 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 pojistitel 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 pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištěného 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 pojištěného 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	20		
Podpis pojištěného	Podpis zákonného zástupce nezletilého pojištěného dítěte	Podpis opatrovníka, zmocněnce nebo jiné osoby uvedené v části C.	
Získatelské číslo/Identifikace partnera (HR)	Osobní číslo spolupracovníka získatele /Identifikace poradce	Telefon	E-mail

Zástupce pojištěného (získatel) ověřil identifikační údaje a shodu podoby osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, dle předloženého průkazu totožnosti.

Jméno, příjmení/název zástupce pojištěného (získatele) a jeho podpis

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

### Lékař potvrzuje, že níže uvedené údaje se týkají pojištěného

Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
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
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:			Kód diagnózy podle MKN - 10
Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte promíle 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 postižena?	<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?

Operace (operační nálezy - 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 zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

Objektivní nálezy (u živev v obličejí uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm<sup>2</sup> nebo zakreslete na obrázku):



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

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.  
<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem  (platí i v ostatních případech s možností více variant).

Datum

20

Razítko a podpis lékaře