



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

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

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? Ano Kterého ^{2,3)}	
Obec – dodací pošta		PSC	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾
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 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		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

⁵⁾ Viz bod 8 Informace k životnímu pojištění PERSPEKTIVA a bod 10 Informace k životnímu pojištění NA PŘÁNÍ, též na www.koop.cz/dokumenty/pojisteni-oseb.
⁶⁾ 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 ⁶⁾
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu⁷⁾

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 pojištěných, 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 pojištěnému mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištěný 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 pojištěný 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 pojištěný 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 pojištěný 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 pojištěnému 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)	Podpis zákonného zástupce ²⁾ , není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný	Vyjádření právnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby 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 pojištěnému doručeno oznámení pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulky jsou zveřejněny na internetových stránkách pojištěného 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.

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**“.