



## Oznámení pojistné události - tělesné poškození způsobené úrazem pro obě formy pojistného plnění - denní odškodné / procentní podíl z pojistné částky

Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uvedte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Na tomto formuláři oznamte rovněž pracovní neschopnost a pobyt v nemocnici, pokud jejich výlučnou příčinou byl úraz, za který uplatňujete právo na pojistné plnění. **Vyplňte části B. až F.** – 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 RR/MM/DD/9999.  
2) Nemí-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/danový 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 na formuláři Vo-118/7670 (Z 7110) „Identifikace a kontrola klienta“ identifikovat osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Rodné číslo<sup>1)</sup> 9306191324 Příjmení JOHN Jméno JIŘÍ Titul

Kontaktní adresa Ulice (místo), číslo popisné/orientační SOUBĚŽNÁ 161/27

Obec - dodací pošta BRNO - ŽIDEMICE PSČ 63600 Jiný stát než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaký, ZIP kód?

E-mail<sup>3)</sup> JIRIJOHN93@GMAIL.COM Mobilní telefon 721848590 Telefon

Jiný státní občanství než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaké? Jiné místo, stát narození než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaké? Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaké?

Pohlaví<sup>4)</sup>  Muž  Žena  Ano<sup>5)</sup> Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?  Ano<sup>5)</sup> Pokud není označeno křížkem , platí, že nejste PEP. Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Kterého? DÍC:

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

zákonný zástupce pojištěného dítěte, který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu  opatrovník (doložit pravomocné rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníkem)

zmocněnec (doložit plnou moc nebo její kopii s úředně ověřeným podpisem zmocnitel k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)  jiná osoba (doložit kopii dokumentu, který zakládá její nárok 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 právníkou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníkou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právníkou osobu a doloží identifikační údaje právníké osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

Rodné číslo<sup>1)</sup> Příjmení Jméno Titul

Kontaktní adresa Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta PSČ Jiný stát než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaký, ZIP kód?

E-mail<sup>3)</sup> Mobilní telefon Telefon

Jiný státní občanství než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaké? Jiné místo, stát narození než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaké? Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Jaké?

Pohlaví<sup>4)</sup>  Muž  Žena  Ano<sup>5)</sup> Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?  Ano<sup>5)</sup> Pokud není označeno křížkem , platí, že nejste PEP. Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR?  Ano<sup>2)</sup> Kterého? DÍC:

**D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU**

Číslo pojistné smlouvy 8604096164 Číslo pojistné smlouvy Číslo pojistné smlouvy Číslo pojistné smlouvy

Datum, čas a místo vzniku úrazu 1.5.2013 Povolání - oblast podnikání pojištěného k datu vzniku úrazu

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu PŘI UHMĚNĚ KOLA JSEM SE RÝZL DO PRSTU

Poraněná část těla Byla postižena již před úrazem?  Ano  Ne

Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytl první ošetření úrazu NEMOCNICE BLANŠKO Datum prvního ošetření 01052013

Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny

Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře

Byl jste při úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?  Ano  Ne

Došlo k úrazu v zaměstnání nebo při samostatné výdělečné činnosti?  Ano  Ne Stal se Vám úraz při jiné volnočasové aktivitě než je sport?  Ano  Ne

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?  Ano  Ne Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým

Jste registrovaný sportovec?  Ano  Ne Pokud ano, pro který sport?

Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží?  Ano  Ne Pokud ano, v jaké soutěži?

Jste profesionální sportovec?  Ano  Ne Vykonáváte sport (včetně tréninků) minimálně 4 hodiny denně?  Ano  Ne

Stal se úraz při dopravní nehodě?  Ano  Ne Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou?  Ano  Ne

Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ) Vyšetřovala dopravní nehodu policie nebo jiný státní orgán pověřený šetřením nehod?  Ano  Ne

**POBYT V NEMOCNICI**Vyplňte, pokud máte sjednáno pojištění pobytu v nemocnici (hospitalizace). Přiložte kopii **úplné závěrečné propouštěcí zprávy**.

Počátek pobytu v nemocnici	Konec pobytu v nemocnici
Počátek pobytu v jiném zdravotnickém zařízení	Konec pobytu v jiném zdravotnickém zařízení
Jde-li o hospitalizaci nezletilého s doprovodem zletilé osoby, uveďte dobu pobytu doprovodu v nemocnici a přiložte potvrzení z nemocnice.	
Počátek pobytu doprovodu	Konec pobytu doprovodu

**PRACOVNÍ NESCHOPNOST (PN)**Vyplňte, pokud máte sjednáno pojištění pracovní neschopnosti. Doložte **II. díl Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, tj. Průkaz práce neschopného pojištěnce**. Doložte i lékařské zprávy z průběhu léčení úrazu po celou dobu PN. V případě dlouhodobé PN můžete požádat o zálohu na pojistné plnění. Jste-li OSVČ neplátce nemocenského pojištění, doložte pracovní neschopnost zprávou lékaře na formuláři **Zpráva lékaře - pracovní neschopnost / pobyt v nemocnici LO158** a věnujte pozornost prohlášení níže. V případě, že jste ukončil zaměstnání nebo ukončil (přerušil) samostatnou výdělečnou činnost, doložte potvrzení o této skutečnosti.

Počátek pracovní neschopnosti	Konec pracovní neschopnosti	Byla Vám vystavena neschopenka?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	--

**Ke dni počátku pracovní neschopnosti jste byl:**

<input type="checkbox"/> zaměstnanec, společník nebo jednatel s.r.o.	Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (profese) ke dni počátku pracovní neschopnosti:		
<input type="checkbox"/> OSVČ vč. spolupracující osoby, svobodné povolání <sup>9)</sup>	Druh činnosti:	IČO	
<input type="checkbox"/> plátce nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> neplátce nemocenského pojištění		

**Prohlašuji, že jsem osoba se zdanitelnými příjmy a po dobu pracovní neschopnosti jsem nevykonával(a) žádnou výdělečnou činnost ani jsem nebyl(a) nezaměstnaný/á nebo veden(a) v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadu práce.**<sup>9)</sup> Vyplní osoby se zdanitelnými příjmy.

Podpis pojištěného

**E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ****Pojistné plnění poukážte 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>7)</sup>
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

<sup>7)</sup> Viz Informace pro klienta, též na [www.koop.cz](http://www.koop.cz).**F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY**

<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> Operační protokol	<input type="checkbox"/> Usnesení policie	<input type="checkbox"/> Průkaz práce neschopného pojištěnce
<input type="checkbox"/> Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě	<input type="checkbox"/> Zdravotnická dokumentace	<input type="checkbox"/> Výsledek RTG / CT / MRI vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Jiné: <b>LEKÁŘSKÁ ZPRÁVA</b>			

**G. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

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

**H. 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 pojištěnce 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 pojištěnkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištěnce 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 pojištěnce 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 a že právo na pojistné plnění v důsledku uvedeného úrazu uplatňujete jen na tomto formuláři. 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 PRÁZE  
dne 02.05.2023

Podpis pojištěného

Podpis zákonného zástupce  
nezletilého pojištěného dítěte

Podpis opatrovníka, zmocněnce  
nebo jiné osoby uvedené v části C.

Vyjádření pojistníka (právnícké osoby), který sjednal pojištění ve prospěch fyzické osoby

Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)?  Ano  Ne

Razítko a podpis pojistníka (právnícké 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 léčení 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).

**Pracovní neschopnost a pobyt v nemocnici**, pokud jejich výlučnou příčinou byl úraz, za který uplatňujete právo na pojistné plnění (blíže v části D).

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** pojistitele platných ke dni, k němuž bylo pojistiteli doručeno oznámení pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulky jsou zveřejněny na internetových stránkách pojistitele [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

**Ostatní nároky z úrazového pojištění** se uplatňují na níže uvedených formulářích, které jsou k dispozici na internetových stránkách pojistitele [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

**Trvalé následky úrazu** – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „**Oznámení pojistné události - trvalé následky úrazu**“.

**Invalidita nebo snížená soběstačnost následkem úrazu** – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „**Oznámení pojistné události - invalidita nebo snížená soběstačnost**“.

**Smrt následkem úrazu** – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „**Oznámení pojistné události - úmrtí**“.