



Oznámení pojistné události - tělesné poškození způsobené úrazem

Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Na tomto formuláři označte 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/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 na formuláři Vo-118/7670 (Z 7110) „Identifikace a kontrola klienta“ identifikovat osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Kontaktní adresa			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾		Mobilní telefon	Telefon
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾ 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 ²⁾	

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 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.

<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 ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Kontaktní adresa			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾		Mobilní telefon	Telefon
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾ 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 ²⁾	

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 postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
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	
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře			
Byl jste při úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Došlo k úrazu v zaměstnání nebo při samostatné výdělečné činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Stal se Vám úraz při jiné volnočasové aktivitě než je sport? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
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?	
Jste profesionální sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Vykonáváte sport (včetně tréninků) minimálně 4 hodiny denně? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Stal se úraz při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchranou 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	

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 zprávu 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 ⁹⁾	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.

⁹⁾ 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 ⁷⁾
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

⁷⁾ Viz Informace pro klienta, též na 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 type="checkbox"/> Jiné:			

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 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.

