Úrazové pojištění – pojišťovna Kooperativa, a.s.

Postup vyplnění formuláře nahlášení události a odeslání pojišťovně

Formuláře pro uplatnění škodní události (úrazů), které vznikly po 1. 1. 2017 a uplatňují se u pojišťovny **Kooperativa, a.s., č. smlouvy 4950050842:**

1. Oznámení úrazu
2. Oznámení pracovní neschopnosti – vztahuje se pouze na osoby, které pojištěnou činnost vykonávají nebo se jí jinak účastní při plnění svých pracovních úkolů a na ty osoby, které mají se sportovním subjektem uzavřenu na pojištěnou činnost smlouvu podle občanského zákoníku nebo podle zákoníku práce
3. Oznámení trvalých následků úrazu
4. Oznámení smrti

Postup vyplnění:

Část formuláře B. POJIŠTĚNÝ

- Vypsat osobu, které se stal úraz

Část formuláře C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

- Kolonka „číslo pojistné smlouvy“ – do první kolonky vyplnit číslo smlouvy 4950050842
- Pokud máte uzavřené osobní úrazové či jiné pojištění u pojišťovny Kooperativa, a.s., uveďte je do dalších kolonek; pojištění je kumulativní a na jeden úraz lze uplatnit i několik pojistek
- Dále vyplňte dle skutečné události
- Na otázku „Stal se úraz při sportovní činnosti?“ zaškrtněte ANO a do následující kolonky vyplňte název sportovního subjektu, IČ Sdružení a IČ sportovního klubu a sportovního svazu – viz příloha č. 1
- Dále vyplňte dle skutečné události

Část formuláře D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

- Vyplňte číslo účtu nebo adresu pro zaslání finančního plnění – **vždy pouze jednu z možností!**
- Za nezletilou osobu vyplní rodič

Část formuláře E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

- Přiložit všechny potřebné přílohy dle charakteru škodní události.
    - Zdravotní dokumentace pojištěného týkající se úrazu
    - V případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy
    - V případě nároků na plnění trvalých následků dokumentaci o průběhu léčení a rehabilitace včetně kopie lékařské zprávy po ustálení trvalých následků
    - V případě úmrtí ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti, kopii policejního protokolu nebo potvrzení o šetření nehody v případě vyšetřování policií České republiky

Vyplnit rámečky na spodní straně (pod Prohlášením), v případě nezletilého pojištěného je třeba připojit podpis zákonného zástupce. Do pravého spodního rámečku vyplnit jméno, příjmení a podpis odpovědného pracovníka sportovního svazu či SK, který tímto stvrzuje, že k úrazu došlo při pojištěné činnosti a pojištěný byl v době vzniku úrazu osobou, na kterou se pojištění vztahuje. Dále připojit razítko SK a sportovního svazu – viz příloha č. 1.

Část formuláře F. ZPRÁVA LÉKAŘE

- Vyplňuje lékař a úhradu lékaři za vyplnění hradí pojištěný

Způsob odeslání dokumentů pojišťovně:

Doporučeně poštou:
Kooperativa pojišťovna, a.s.
Centrum zákaznické podpory
Centrální podatelna
Brněnská 634
664 42 Modřice

Informace:
Tel.: +420 957 105 105,
e-mail: podatelna@koop.cz

Osobním předáním:

- Na všech kontaktních místech Kooperativa, a.s.

Elektronické zaslání:

- Elektronicky je možné formuláře zaslat pouze prostřednictvím makléřské firmy Renomia
- Kontakt: Sabina Římanová – oddělení likvidace škod, tel.: 221 421 744, e-mail: sabina.rimanova@renomia.cz

Nárok na výplatu pojistného plnění se promlčuje nejdéle za 4 roky po vzniku pojistné události. Uplatnění trvalých následků k již nahlášenému úrazu je možné zaslat pouze jako zprávu spolu s další dokumentací, která trvalé následky prokazuje.

OZNÁMENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

- Vztahuje se na pojištěnce, kteří mají v rámci plnění pracovních úkolů s příslušným sportovním svazem či sportovním klubem uzavřenou smlouvu podle občanského zákoníku či zákoníku práce
- V případě hlášení pojistné události z pojištění pracovní neschopnosti z důvodu úrazu se vyplňuje formulář Oznámení pracovní neschopnosti, postup vyplnění je totožný s formulářem hlášení úrazu