VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE – PŘÍLOHA 1.

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Oznámení úrazu

Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu:
Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Centrum zákaznické podpory
Brněnská 634, 664 42 Modřice

Prezentační razítko

0 0 2

Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění. – **a předejte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za tělesné poškození způsobené úrazem**, které bylo léčeno operací, nebo pokud jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operační protokol, máte-li je k dispozici. Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje") jsou zpracovány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

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 RRMMDD/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 trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační	☐ Jste daňovým rezidentem (i.) jiného státu než ČR? Kterého?[13]) Ano	
Obec – dodací pošta	PSČ	☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód[4])	
E-mail (uvedením emailové adresy pojištěný/oprávněná osoba/zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování věcí pojistného důsledků s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon	Telefon	
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu	Jste ☐ pravák ☐ levák		

C. 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 úrazu			
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu		Došlo k úrazu při výkonu povolání? ☐ Ano ☐ Ne	
Poraněná část těla		Byla poškozená již před úrazem? ☐ Ano ☐ 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			
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?	
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	

Název sportovního subjektu, ID ČUS, IČO

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

☐ Číslo účtu		Kód banky	Specifický symbol
☐ Pojistnou smlouvu č.		☐ Jako mimořádné pojistné	Specifický symbol[9])
☐ Adresu uvedenou v části B.		Název fondu	
☐ Jinou adresu		☐ Jako běžné pojistné	

[9]) Viz bod 8 Informace k životnímu pojištění (PERSPEKTIVA a bod 10 Informace k životnímu pojištění NA PŘÁNÍ, též na www.koop.cz/dokumenty/pojisteni-osob.

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte jméno, příjmení a rodné číslo zákonného zástupce této osoby (rodiče, osvojitele, poručníka, pěstouna, příbuzného, nebo opatrovníka).

Razítko a podpis SK/TJ

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

☐ Propouštěcí zpráva ☐ Operační protokol ☐ Usnesení policie ☐ Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě ☐ Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na plnění v důsledku uvedeného úrazu uplatňuji jen na tomto tiskopisu. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb) a žádal je o pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravňuji příslušného lékaře (poskytovatele zdravotních služeb), aby pojistiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 28 odst. 1 písm. c) tohoto zákona.

V dne 2 0 1	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce, 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.)? ☒ Ano ☐ Ne Razítko a podpis právnické osoby

Lo-106 (10/201