



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 zapisuje datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
²⁾ Není-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?	☐ Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Jiné státní občanství než ČR? ☐ Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? ☐ Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? ☐ Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ ☐ Muž ☐ Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ☐ Ano ⁵⁾ Pokud není označeno křížkem ☒ , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? DÍČ:	☐ 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 právnickou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právnickou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právnickou osobu a doloží identifikační údaje právnické osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

☐ zákonný zástupce pojištěného dítěte, který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu	☐ opatrovník (doloží pravomocné rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníkem)		
☐ zmocněnec (doloží plnou moc nebo její kopii s úředně ověřeným podpisem zmocnítele k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	☐ 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?	☐ Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Jiné státní občanství než ČR? ☐ Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? ☐ Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? ☐ Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ ☐ Muž ☐ Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ☐ Ano ⁵⁾ Pokud není označeno křížkem ☒ , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? DÍČ:	☐ 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? ☐ 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			
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	

Podpis pojištěného

⁷⁾ Viz Informace pro klienta
též na www.koop.cz.

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

G. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

H. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

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

dne

20

Podpis pojištěného

Podpis zákonného zástupce nezletilého pojištěného dítěte

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

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

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

Razítko a podpis pojistníka (právníké 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](#).

Ostatní nároky z úrazového pojištění se uplatňují na níže uvedených formulářích, které jsou k dispozici na internetových stránkách pojistitele [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**“.