



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 pojištěného nelze poskytnout pojistné plnění – a doložte dokumenty uvedené na druhé straně tohoto formuláře (náklady na pořízení těchto dokumentů pojistitel nehradí). 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

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého ^{2,3}) Ano	
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾	
E-mail (uvedení e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon	Telefon	
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu	Jste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák		

**C. ÚDAJE
O POJIŠTĚNÍ
A O ÚRAZU**

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložíte k tomuto formuláři.

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum, čas a místo úrazu			Kód úrazu ⁵⁾ (a) (b) (c)
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu			
Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Poraněná část těla			Byla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytl 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			
POTVRZENÍ ČLENSKÉ ORGANIZACE, že pojištěný uvedený v části B. je osobou, na kterou se vztahuje pojistná smlouva ČRD, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti:			
IČO	Název organizace a kým byla činnost organizována (oddíl, kmen apod.)		
Při jaké činnosti (např. sportovní, volnočasové) se úraz stal?			
Potvrzení vystavil			
Příjmení a jméno		Telefon	
E-mail		Razítko organizace a podpis	
Dne		2 0 1	

**D. ZPŮSOB
VÝPLATY
PLNĚNÍ**

Pojistné plnění poukážete na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu

Adresu uvedenou v části B.

Jinou adresu

Kód banky

Specifický symbol

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu⁶⁾

**E. PŘILOŽENÉ
DOKUMENTY**

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě Zdravotní dokumentace

Fotokopie úmrtího listu Pítevní protokol Doklad o ohledání mrtvého Výsledek RTG/CT/MRI vyšetření Výpis z matriky

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 § 31 a násl. citovaného zákona.

V dne

2 0 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce⁶⁾, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

Zásady používání formuláře

Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění přednostně z pojistné smlouvy České rady dětí a mládeže (ČRDM) č. 54-00856689, a současně i z pojistných smluv, v nichž má tentýž pojištěný sjednáno soukromé úrazové pojištění. Ke stejnému úrazu, za který je uplatňováno právo na pojistné plnění z více pojistných smluv uzavřených u Kooperativy pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group, tak postačí vyplnit jeden tento formulář.

Pojistnou událostí je úraz, ke kterému došlo během trvání pojištění a který má za následek tělesné poškození nebo smrt pojištěného. 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).

Výše pojistného plnění za **tělesné poškození úrazem a trvalé následky 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 trvalých následků úrazu**“.

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