



Vyplňte část B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného a potvrzení členské organizace, že k úrazu došlo při pojištěné činnosti nelze poskytnout pojistné plnění – a k příslušné pojistné události doložíte dokumenty uvedené na druhé straně tohoto formuláře (náklady na pořízení těchto dokumentů pojišťovna 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⁾	
Obec – dodací pošta		PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾
E-mail (uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)			Telefon
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu		Jste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák	

¹⁾ U dítěte 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), bližší na www.koop.cz.
⁴⁾ Nemá-li vyplněno, platí stát ČR.

C. ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI

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

Datum, čas a místo úrazu (pojistná smlouva se vztahuje pouze na úrazy vzniklé od 1. 1. 2017)

Pojištěný byl k datu úrazu **DÍTĚ** (v roce vzniku úrazu ve věku do 18 let včetně) a nárok se týká⁵⁾

tělesného poškození úrazem úhrady nákladů za invalidní vozík smrti následkem úrazu

Pojištěný byl k datu úrazu **DOSPĚLÁ OSOBA** (v roce vzniku úrazu ve věku nad 18 let) a nárok se týká⁶⁾

tělesného poškození úrazem úhrady nákladů za invalidní vozík smrti následkem úrazu úhrady nákladů pohřbu

Pojištěný byl k datu úrazu **PRACOVNÍK / FUNKCIONÁŘ** a nárok se týká⁷⁾

pracovní neschopnosti následkem úrazu smrti následkem úrazu

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu

Poraněná část těla	Byla postížena 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	

POTVRZENÍ ČLENSKÉ ORGANIZACE, že pojištěný uvedený v části B. je osobou, na kterou se vztahuje pojistná smlouva ČOV č. 4950050842, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti:

IČO: _____ Evidenční číslo (např. ČUS ID): _____

Název organizace: _____

Potvrzení vystavil

Příjmení a jméno: _____ Telefon: _____

E-mail: _____ Razítko organizace a podpis: _____

Dne: _____ 2 0 1 _____

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukáže na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu _____ Kód banky _____ Specifický symbol _____

Adresu uvedenou v části B.

Jinou adresu _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu⁸⁾

⁸⁾ Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

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 Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti 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 pojišťovny plnit. Dále se zavazuji oznámit pojišťovně bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojišťovnu, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojišťovny 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 zázpisů, 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 pojišťovně 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 zástupce⁸⁾, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný