



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uvedte 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 předajte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. 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. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí** (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění). 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
IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
9 7 0 5 0 1 0 0 0 7	Vopička	Marek	
Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační	PSČ	
Pražská 927/31		4 7 3 0 1	
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ^{2,3)}		
Česká Lípa			
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	
monika.vopickova@seznam.cz	6 0 3 1 2 3 4 5 6	3 2 5 1 2 3 4 5 6	
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu	Jste	<input checked="" type="checkbox"/> právák <input type="checkbox"/> lékař	
student			

**C. ÚDAJE
O POJIŠTĚNÍ
A O ÚRAZU**

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

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
5 4 0 0 8 5 6 6 8 9			
Datum, čas a místo úrazu	15.1.2014, 16:30, klubovna oddílu TOM Špuntící (Českolipská 236, 473 01 Česká Lípa)		
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu	Při hře nešťastnou náhodou zakopl, upadl a při pádu si zlomil levou ruku v předloktí.		
Došlo k úrazu při výkonu povolání?	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne		
Poraněná část těla	Byla postižena již před úrazem?		
Předloktí levé ruky	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne		
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu	Dětská pohotovost, Lékařská 25, Česká Lípa		Datum prvního ošetření
			1 5 0 1 2 0 1 4
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen	Nemocnice Česká Lípa, Purkyňova 1849, Česká Lípa		Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny
			207
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře	Jana Nováková, Lékařská 25, Česká Lípa		
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?	<input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým	
		Asociace turistických oddílů mládeže ČR, TOM Špuntící	
Jste registrovaný sportovec?	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, pro který sport?	
Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží?	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, v jaké soutěži?	
Stal se úraz při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou?	
		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ)	Jména osob, které byly zraněny		
Jméno a adresa vlastníka vozidla	Jména a adresy řidiče a spolujezdců		
Jména svědků úrazu (včetně adresy)	Adresa orgánu, který případ vyšetřoval		

**D. ZPŮSOB
VÝPLATY
PLNĚNÍ**

Pojistné plnění poukážete na (uveďte pouze jednu z možností)

<input checked="" type="checkbox"/> Číslo účtu	1 1 2 4 5 6 7 8 9	Kód banky	0100	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.		Jinou adresu	Jméno a příjmení/Název	
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec			

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.

Monika Vopičková, matka

**E. PŘILOŽENÉ
DOKUMENTY**

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie 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. Zmocnuji 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 (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) 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, opravuji příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násled. citovaného zákona.

Datum	0 3 0 1 2 0 1 1	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobily k právním úkonům	Vydřelprávnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby	Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)?	<input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Razítko a podpis právnické osoby
-------	-----------------	--------------------------------------	---	---	--	---	----------------------------------

F. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).
Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestáčí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj tělesná poškození tohoto druhu a rozsahu			
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)			
Diagnóza vlastního zranění (česky)			Kód diagnózy podle MKN - 10
Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu (např. u zhmoždění uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části těla; u rány typ a velikost; u popálenin jejich plochu v cm ² nebo v % povrchu těla pro příslušný stupeň popáleniny; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality zubní dřevě)			
Výsledek radiodiagnostického vyšetření - RTG, CT, MR, sono aj. (přiložte popis z RDG oddělení)			
Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu?			
Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace)			
Kde byl poraněný hospitalizován?			
Operace (operační nález - přiložte, prosím, kopii operačního protokolu)			
Předpokládaná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem bude činit _____ týdnů			
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace šlo			
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení			
Celková doba léčení v důsledku úrazu trvala _____ od _____ do _____			
Doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu trvala _____ od _____ do _____			
Byl vystaven tiskopis ČSSZ – 89 610 0 „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ ²⁾		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jeho číslo
Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte kdy, jak a v jakém rozsahu			
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte o jaký druh omamné či toxické látky pravděpodobně šlo			
V krvi bylo zjištěno _____ % o alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo omamná či toxická látka ovlivnily chování pojištěného?			
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu			
Jiná sdělení lékaře			
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení		Číslo oddělení	Telefon

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

2011

Razítko a podpis lékaře