

Oznámení úrazu

Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento tiskopis, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u Kooperativy pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group, Templová 747, 110 01 Praha 1, IČ: 47 11 66 17 (dále jen „pojistitel“) pojištěn(a) pro případ úrazu.
Vyplňte přední stranu tohoto tiskopisu ve všech bodech a předějte k vyplnění druhé strany Vašemu ošetřujícímu lékaři - bez úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění.

Za vyplnění tohoto tiskopisu uhradíte lékaři jím požadovanou částku (podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví ČR č. 467/1992 Sb., o léčebné péči poskytované za úhradu, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem zájmu) a předložíte pojistiteli doklad o její úhradě. Pojistitel se bude na úhradu těchto nákladů podílet částkou 120,- Kč, kterou obdržíte spolu s případnou výplatou pojistného plnění. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, sídlo Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika, IČ: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

B. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události:

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa trvalého pobytu	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p. / č. or.:	Obec - dodací pošta:		
Telefon:	Číslo pojistné smlouvy (pojistky):	Číslo pojistné smlouvy (pojistky):	Číslo pojistné smlouvy (pojistky):
Povolání - oblast podnikání:	Jste pravák nebo levák:		

Datum, čas a místo 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:

Jste registrovaný sportovec?

Ano Ne

Pokud ano, pro který sport? V jaké soutěži?

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?

Ano Ne

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

Ano Ne

Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým:

Při úrazu osob dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ):

Počet dopravovaných osob:

Počet sedadel:

Která z osob byla zraněna:

Jméno a adresu vlastníka vozidla:

Jména a adresy spolujezdců, řidiče:

Jména svědků úrazu (včetně adresy):

Kdo případ vyšetřoval (včetně adresy):

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, která je zbavená způsobilosti k právním úkonům, uveďte jméno a příjmení jejího zákonného zástupce*:

Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností):

Peněžní ústav:

Číslo účtu:

Kód banky:

Specifický symbol:

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, případně i zjištění příčin mé smrti, 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 § 55 odst. 2 písm d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, opravňuji 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 § 67b odst. 12 citovaného zákona.

Datum:

Podpis pojištěného (oprávněného)

Podpis zákonného zástupce*

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



C. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněný), kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou. Na jejím základě pojišťovna uhradí pojištěnému částku 120,- Kč. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte odpověď křížkem. Nestací-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného

Rodné číslo:	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:	
.....	
RTG náález s popisem:		
Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu?		
Popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu (u zubů - číselné označení poraněného zuby a zda úrazem došlo ke ztrátě nebo ohrožení vitality zubní dřevě):		
.....		
Podrobně popište způsob léčeni (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):		
.....		
Kde byl poraněný hospitalizován?	od: do:	
Operace (operační náález - přiložte, prosím, kopii operačního protokolu):		
.....		
Předpokládaná doba léčeni tělesného poškození způsobeného úrazem bude činit týdnů.		
Došlo-li k prodloužení doby léčeni v důsledku komplikací, uveďte o jaké komplikace šlo:		
.....		
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení		
Celková doba léčeni v důsledku úrazu trvala:	od: do:	
Doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu trvala:	od: do:	
Vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti č.:		
Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:		
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte o jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo:		
.....		
V krvi bylo zjištěno % alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo návyková 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:		
Adresa - ulice (místo), č. p. / č. or.:	Obec - dodací pošta:	PSČ:
Název oddělení:	Číslo oddělení:	Telefon:

Datum: | | | | | | | | | | | | | | | |

.....
Razítko a podpis lékaře