

Oznámení úrazu

Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento tiskopis, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u Kooperativy, pojišťovny, a. s., Templová 747, 110 01 Praha 1, IČ: 47 11 66 17 (dále jen „pojišťitel“) 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 uhradte 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 předložte pojišťiteli doklad o její úhradě. Pojišťitel se bude na úhradě 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., Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika, IČ: 47116617

B. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události:

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa bydliště		PSC / ZIP kód:	
<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:			
Adresa - ulice (místo), č. p.:		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? <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:			
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, pro který sport? V jaké soutěži?	
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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):			
Uplatňuje-li nárok na pojistné plnění nezletilá nebo nesvéprávná osoba, 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 pojišťitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojišťiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů.

Zmocňuji tímto pojišťitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, případně i zjištění příčin mé smrti, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojišťitele 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, popř. tyto výpisy a opisy požíval sám. 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 pojišťiteli 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 nezletilé nebo nesvéprávné osoby
--------	----------------------------------	--

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, který je uveden na první straně tohoto tiskopisu a zjistil 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 nález 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 zubu 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 nález - 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.:		Obec - dodací pošta: PSC:
Název oddělení:	Číslo oddělení:	Telefon:
Datum:		
..... Razítko a podpis lékaře		