



Ke každému úrazu vyplňte **pouze jeden tento tiskopis**, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. **Vyplňte část B.** tohoto tiskopisu – bez úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předějte k vyplnění části C. svému lékaři.** 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. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za smrt následkem úrazu**, přiložte kopii úmrtního listu pojištěného; doklad, v němž je uvedena příčina smrti, nastala-li smrt do 3 let ode dne úrazu (např. lékařskou zprávu, pitevní protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého); usnesení

policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě, sebevraždou, zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno). Za vyplnění zprávy lékaře v části C. **uhraďte lékaři jím požadovanou částku** (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) a o její úhradě předložte pojistiteli potvrzení. Pojistitel se na úhradě těchto Vašich nákladů podílí částkou 120,- Kč, kterou obdržíte spolu s případnou výplatou pojistného plnění.

## A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, 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

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

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa trvalého pobytu/bydliště <sup>2)</sup>	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>3)</sup>		
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	
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 řidiče a spolujezdců		
Jména svědků úrazu (včetně adresy)	Kdo případ vyšetřoval (včetně adresy)		
V případě smrti následkem úrazu uveďte název (jméno) a adresu příslušného soudu (notáře), který vyřizuje pozůstalost – pouze v případě, kdy v pojistné smlouvě není určen obmyslený.			
Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, která je zbavená způsobilosti k právním úkonům, uveďte jméno a příjmení jejího zákonného zástupce*			
Přiložené dokumenty	<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> Kopie úmrtního listu	<input type="checkbox"/> Výpis z matriky
	<input type="checkbox"/> Operační protokol	<input type="checkbox"/> Pitevní protokol	<input type="checkbox"/> Usnesení policie
Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností)			
Adresa příjemce			
Peněžní ústav	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol

<sup>1)</sup> U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.

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

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

2 | 0

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

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

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba), 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. ☒

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj tělesná poškození tohoto druhu a rozsahu			
Kdy došlo k prvním lékařskému ošetření (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)			
Diagnóza vlastního zranění (česky)			Kód diagnózy podle MKN - 10
RTG nále z 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 dřene)			
Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace)			
Kde byl poraněný hospitalizován?			
Operace (operační nále z - 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“?		<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 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 _____ ‰ 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

Datum

20

Razítko a podpis lékaře