



Vyplňte části 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 doložte dokumenty uvedené na druhé straně tohoto formuláře (náklady na pořízení těchto dokumentů pojistitel 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}) Ano	
Obec – dodací pošta	PSC	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾	
E-mail (uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)			Telefon
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu		Jste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák	

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).
³⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), blíže na www.koop.cz.
⁴⁾ Není-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 týká²⁾

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 týká²⁾

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

Pojištěný byl k datu úrazu PRACOVNÍK / FUNKCIONÁŘ a nárok se týká²⁾

pracovní neschopnosti následkem úrazu smrti následkem 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	

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 poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu

Adresu uvedenou v části B.

Jinou adresu

Kód banky

Specifický symbol

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu⁵⁾

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě Zdravotní dokumentace

Fotokopie úmrtního listu Pitevný 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 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, 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 (poskytovatelů zdravotních služeb) a žádal je 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 (poskytovatele zdravotních služeb), 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.

V
dne

2 | 0 | 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce⁵⁾, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný