

Postup vyplnění formuláře a jeho odeslání pojišťovně je následující:

- **Část formuláře - B. POJIŠTĚNÝ = komu se stal úraz.**
- **Část formuláře - C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU**

-**Číslo pojistné smlouvy**- do první kolonky uveďte toto číslo pojistné smlouvy – **4950050842**. Pokud máte sjednané osobní úrazové pojištění nebo jiné pojištění u pojišťovny Kooperativa, a.s. uveďte je do dalších kolonek. Pojištění je kumulativní a lze uplatnit i několik pojistek na jeden úraz.

-**Další kolonky vyplňte dle vašich vědomostí . . .**

-**Kolonka: Stal se úraz při sportovní činnosti? Zaškrtněte ANO a do kolonky za vyplňte: název sportovního subjektu a ID ČUS a IČO SK/TJ nebo svazu**

-**Další kolonky vyplňte dle vašich vědomostí . . .**

- **Část formuláře - D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ**

Uveďte svoje číslo účtu nebo adresu kam chcete peníze poslat

Pozor! Vyplňte pouze jednu možnost.

v případě nezletilé osoby vyplní rodič (doporučuji výplatu na CZK účet u tuzemského peněžního ústavu)

- **Část formuláře - E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY**

-k formuláři Oznámení události nebo Oznámení smrti můžete připojit potřebné doklady:

-zdravotní dokumentaci pojištěného týkající se úrazu, v případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy.

-v případě nároku na plnění v případě trvalých následků dokumentaci o průběhu léčení a rehabilitace včetně kopie lékařské zprávy po ustálení trvalých následků, v případě úmrtí ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti, kopii policejního protokolu nebo potvrzení o šetření nehody v případě vyšetřování policií.

Spodní rámečky na straně jedna u Oznámení události musí být vyplněny.

V případě, že pojištěný ještě není zletilý, je třeba připojit i podpis zákonného zástupce. Do rámečku vpravo dole vyplňte jméno, příjmení a podpis odpovědného pracovníka sportovního svazu nebo SK/TJ (stvrzuje, že k úrazu došlo při pojištěné činnosti a pojištěný byl v době vzniku úrazu osobou, na kterou se pojištění vztahuje) a připojte razítko členského SK nebo TJ, případně národního sportovního svazu (to v případě, že SK/TJ není členem okresního sdružení ČUS);



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojištětele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte část B. až E. – bez jejich úplného vyplnění (včetně podpisu nelze poskytnout pojištění plnění – a předejte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojištětel nehradí.** Uplatňujete-li právo na pojištění 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. Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovávány 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. POJIŠTITEL Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobežní 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 trvalého pobytu/bydliště ²⁾ Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? ³⁾ Ano	
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾	
E-mail (uveďte emailovou adresu pojištěného/operáčního lékaře/zákonného zástupce pokud pro účely vyřízení této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)		Mobilní telefon	Telefon
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu		Jste <input type="checkbox"/> právák <input type="checkbox"/> lékař	

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999
²⁾ Platnou variantu označte křížkem (X) (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant)
³⁾ Je-li označeno křížkem (X) Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), blíže na www.koop.cz
⁴⁾ Nemě-li vyplněno, platí stát ČR.

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

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

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum, čas a místo úrazu			
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu			
Poraněná část těla		Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu		Byla poskytnuta jiz. péče úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen		Datum prvního ošetření	
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře		Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny	
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	
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, pro který sport?	
Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, v jaké soutěži?	
Stal se úraz při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Při úrazu osob, dopravných motorových vozidlem, uveďte RZ (SPZ)		Vyšetřovala dopravní nehodu policie nebo jiný státní orgán pověřený šetřením nehod? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> jako mimořádné pojištění	Specifický symbol ¹⁾
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B.	Název fondu	
<input type="checkbox"/> Jinou adresu	<input type="checkbox"/> jako běžné pojištění	

¹⁾ Viz bod 8 Informace k životnímu pojištění (PERSPEKTIVA) a bod 10 Informace k životnímu pojištění NA PRÁNÍ, též na www.koop.cz/dokumenty/pojisteni.osob.

Názež-li pojištění plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte jméno, příjmení a rodné číslo zákonného zástupce této osoby (dávajícího souhlasu s poskytnutím plnění), nebo opatrovníka.

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Zápis policie nebo jiného státního orgánu 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 pojištětele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojištěteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmochuji tímto pojištěteli, aby z důvodu zjištění mimo zdravotního stavu v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojištětele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb) a v případě o pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zdrojů, 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 pojištěteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 68 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

V dne 2 0 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby) Podpis zákonného zástupce, nem-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

Vyjádření právnícké osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby
Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)? Ano Ne
Razítko a podpis právnícké osoby

- **Část formuláře - F. ZPRÁVA LÉKAŘE**

POZOR!!! Tuto část vyplňuje lékař a úhradu za její vyplnění musí zaplatit pojištěná osoba. Obvyklá částka se pohybuje okolo 200 Kč.

ZPŮSOBY ZASLÁNÍ VŠECH POTŘEBNÝCH DOKUMENTŮ:

- Doporučeně poštou na adresu:

Kooperativa pojišťovna, a.s.,
CENTRUM ZÁKAZNICKÉ PODPORY
Centrální podatelna, Brněnská 634, 664 42 MODŘICE
+420 957 105 105; podatelna@koop.cz

- Osobním předáním dokumentace na všech prodejních místech Kooperativa, a.s.
- **Zalání podkladů elektronicky:**

Zasílání podkladů elektronicky je možné pouze přes makléřskou firmu Renomia. Kontakt: Sabina Římanová oddělení likvidace škod. Tel.: 221 421 744, email: sabina.rimanova@renomia.cz

Výši Vašeho odškodnění si můžete zkontrolovat podle oceňovací tabulky pro pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem a oceňovací tabulky pro pojistné plnění za trvalé tělesné poškození následkem úrazu, odškodnění se stanovuje ze smluvně dojednaných pojistných částek, které jsou součástí smlouvy.

Po zaslání potřebné dokumentace bude pojistná událost prošetřena. Od data převzetí dokumentace počíná běžet zákonná tříměsíční lhůta pro likvidaci pojistné události. **Nárok na výplatu pojistného plnění se promlčuje nejdéle za 4 roky po vzniku pojistné události.**

Uplatnění trvalých následků k již nahlášenému úrazu je možné zaslat pouze jako zprávu spolu s další dokumentací, prokazující trvalé následky.

Oznámení škodné události z pojištění pro případ pracovní neschopnosti

- Pojištění jsou pouze členové ČUS při činnosti v rámci plnění pracovních úkolů, nebo mají-li s příslušným sportovním svazem, SK nebo TJ uzavřenou smlouvu podle občanského zákoníku nebo zákoníku práce. V případě hlášení škodné události z pojištění pracovní neschopnosti z důvodu úrazu vyplňte formulář Formulář Oznámení pracovní neschopnosti. Při vyplňování formuláře v případě pracovních neschopností postupujte stejně jako při hlášení úrazu. Jako dokumentaci připojte: Zdravotní dokumentaci pojištěného, týkající se úrazu, doklad o pracovní neschopnosti, kopii policejního protokolu nebo potvrzení o šetření nehody v případě vyšetřování policií, v případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy.
- Vyplněný formulář zašlete opět na adresu Pojišťovny Kooperativa, a.s.
- V případě dotazů se obraťte na infolinku Kooperativy, a. s.: +420 957 105 105 nebo podatelna@koop.cz

Každý členský SK/TJ má **evidenční číslo uvedené v Evidenčním listu ČUS, vydaném příslušným **okresním sdružením ČUS**. Pokud číslo neznáte, sdělí Vám ho příslušné **okresní sdružení ČUS**. Pokud jste členy ČUS skrze **národní sportovní svaz**, zašlete vyplněný formulář svazu, či jeho složkám, k doplnění evidenčního čísla a potvrzení.*