



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 doložíte 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/orienční		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (I) jiného státu než ČR? Kterého ²⁾³⁾	
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Ano <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	

C. ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolíčkách, 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 týká⁵⁾

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 týká⁵⁾

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

Pojištěný byl k datu úrazu **PRACOVNÍK / FUNKCIONÁŘ** a nárok se týká⁵⁾

pracovní neschopnosti následkem úrazu smrti následkem úrazu

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu

Poraněná část těla Byla postížena již před úrazem? Ano Ne

Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytl 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 **15887456** Evidenční číslo (např. ČUS ID) **CZ 100335**

Název organizace **Tělovýchovná jednota Bohemians Praha**

Potvrzení vystavil

Příjmení a jméno **Richard Šach** Telefon **274777115**

E-mail **sach.r@bohemianstj.cz** Razítko organizace a podpis

Dne **2 0 1**

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukáže na (uveďte pouze jednu z možností)

číslo účtu Kód banky Specifický symbol

Adresu uvedenou v části B.

Jinou adresu

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu⁶⁾

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

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

Fotokopie úmrtního listu Pitevni 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 pojistitel na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona.

V **2 0 1** dne

Podpis pojištěného (oprávněné osoby) Podpis zákonného zástupce⁶⁾, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

F. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).
Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestáčí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
kterému se stal úraz dne		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
Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části těla; u rány typ a velikost; u popálenin jejich plochu v cm ² nebo v % povrchu těla pro příslušný stupeň popáleniny; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality zubní dřevě)			
Výsledek radiodiagnostického vyšetření - RTG, CT, MR, sono aj. (přiložte popis z RDG oddělení)			
Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu?			
Podrobně popište způsob léčení (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 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“ ²⁾		<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 kdy, jak a v jakém rozsahu (při poškození zubu uveďte, zda před úrazem zub byl či nebyl vitální)			
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 % o 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

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD9999.
²⁾ Platnou variantu označte křížkem ☒ (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

2 0 1

Razítko a podpis lékaře