



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uvedte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předějte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. 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. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí** (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). 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. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo¹⁾ 9 7 0 5 0 1 0 0 0 7 Příjmení Vopička Jméno Marek Titul
Adresa trvalého bydliště²⁾ Ulice (místo), číslo popisné/orientační PSČ
Pražská 927/31 4 7 3 0 1
Obec – dodací pošta ☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód^{2,3)}
Česká Lípa
E-mail monika.vopickova@seznam.cz Mobilní telefon 6 0 3 1 2 3 4 5 6 Telefon 3 2 5 1 2 3 4 5 6
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu Jste ☒ pravák ☐ levák
student

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

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

Číslo pojistné smlouvy 5 4 0 0 8 5 6 6 8 9
Datum, čas a místo úrazu 15.1.2014, 16:30, klubovna oddílu TOM Špuntící (Českolipská 236, 473 01 Česká Lípa), kód úrazu: 221
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu
Při hře nešťastnou náhodou zakopl, upadl a při pádu si zlomil levou ruku v předloktí.
Došlo k úrazu při výkonu povolání? ☐ Ano ☒ Ne
Poraněná část těla Byla postižena již před úrazem? ☐ Ano ☒ Ne
Předloktí levé ruky
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu Dětská pohotovost, Lékařská 25, Česká Lípa
Datum prvního ošetření 1 5 0 1 2 0 1 4
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen Nemocnice Česká Lípa, Purkyňova 1849, Česká Lípa
Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny 207
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře
Jana Nováková, Lékařská 25, Česká Lípa
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? ☒ Ano ☐ Ne Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým
Asociace turistických oddílů mládeže ČR, TOM Špuntící
Jste registrovaný sportovec? ☐ Ano ☒ Ne Pokud ano, pro který sport?
Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží? ☐ Ano ☒ Ne Pokud ano, v jaké soutěži?
Stal se úraz při dopravní nehodě? ☐ Ano ☒ Ne Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou? ☐ Ano ☐ Ne
Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ) Jména osob, které byly zraněny
Jméno a adresa vlastníka vozidla Jména a adresy řidiče a spolujezdců
Jména svědků úrazu (včetně adresy) Adresa orgánu, který případ vyšetřoval

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uved'te pouze jednu z možností)
☒ Číslo účtu 1 1 2 4 5 6 7 8 9 Kód banky 0100 Specifický symbol
☐ Pojistnou smlouvu č. Jinou adresu Jméno a příjmení/Název
Adresu trvalého bydliště uvedenou v části B. Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec
Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.
Monika Vopičková, matka

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

☐ Propouštěcí zpráva ☐ Operační protokol ☐ Usnesení policie ☐ Záznam policie 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 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 (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 § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 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 § 31 a násl. citovaného zákona.

Datum 0 3 0 2 2 0 1 4
Podpis pojištěného (oprávněné osoby) Vopička
Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobilý k právním úkonům Vopičková
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

F. ZPRÁVA
LÉKAŘE

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

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného				
Rodné číslo ¹⁾		Příjmení	Jméno	Titul
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 dřeně)				
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⁾			☐ Ano ☐ Ne	Pokud ano, uveďte jeho číslo
Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?			☐ Ano ☐ Ne	
Pokud ano, uveďte kdy, jak a v jakém rozsahu				
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících? ☐ Ano ☐ 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? ☐ Ano ☐ Ne			Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? ☐ Ano ☐ 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 RRRMMDD/9999.
²⁾ Platnou variantu označte křížkem ☒ (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

201

Razítko a podpis lékaře