



Oznámení trvalých následků úrazu

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky úrazu**, které lze hodnotit nejdříve **po jejich ustálení, nejpozději však ke 3 rokům od úrazu**. **Vyplňte části B. až D.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části E. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru trvalých následků – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojištětel 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 IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897		
B. POJIŠTĚNÝ	Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno
	Adresa trvalého pobytu/bydliště		Titul
	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
	Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ^{2,3)}	
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ	Pojistné plnění poukažte na (uved'te pouze jednu z možností)		
	<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
	<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu	Jméno, příjmení/Název
	<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec	
Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).			

Datum	2 0 1	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný
-------	-------	--------------------------------------	---

E. ZPRÁVA LÉKAŘE	Údaje o úrazu	Datum úrazu	Místo úrazu
	Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:		
	Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:		
	Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uved'te datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):	Datum	
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:	Kód diagnózy podle MKN - 10		

Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)	
Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:
Byla 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:
Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:

