

OZNÁMENÍ ÚRAZU

Prezentační razítko:

Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento tiskopis, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u Kooperativy, pojišťovny, a. s., Templová 747, 110 01 Praha 1, IČ: 47 11 66 17 (dále jen „pojistitel“) pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte přední stranu tohoto tiskopisu ve všech bodech a předějte k vyplnění druhé strany Vašemu ošetřujícímu lékaři - bez úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění. Za vyplnění tohoto tiskopisu uhradte lékaři jím požadovanou částku (podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví

ČR č. 467/1992 Sb., o léčebné péči poskytované za úhradu, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem zájmu) a předložte pojistiteli doklad o její úhradě. Pojistitel se bude na úhradě těchto nákladů podílet částkou 80,- Kč, kterou obdržíte spolu s případnou výplatou pojistného plnění. Nestací-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

A. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události: _____

Rodné číslo: _____	Příjmení: _____	Jméno: _____	Titul: _____
Adresa - ulice (místo), č. p.: _____		Obec - dodací pošta: _____	PSČ: _____
Telefon včetně předvolby: _____	Číslo pojistné smlouvy (pojistiky): _____	Číslo pojistné smlouvy (pojistiky): _____	Číslo pojistné smlouvy (pojistiky): _____

Datum, čas a místo 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: _____			
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, pro který sport? V jaké soutěži? _____		
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým: _____			
Při úrazu osob dopravných motorovým vozidlem, uveďte SPZ: _____	Počet dopravných osob: _____	Počet sedadel: _____	Která z osob byla zraněna: _____
Jména a adresu vlastníka vozidla: _____			
Jména a adresy spolujezdců, řidiče: _____			
Jména svědků úrazu (včetně adresy): _____			
Kdo případ vyšetřoval (včetně adresy): _____			
Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností): _____			
Peněžní ústav: _____	Číslo účtu: _____	Kód banky: _____	Specifický symbol: _____

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 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, popř. tyto výpisy a opisy pořizoval sám. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, 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 § 67b odst. 12 citovaného zákona.

Datum: _____	V _____	_____
	Místo	Podpis pojištěného (oprávněného)

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

