



**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 doložte dokumenty uvedené na druhé straně tohoto formuláře (**náklady na pořízení těchto dokumentů pojistitel nehradí**).

### 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 <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého <sup>2,3)</sup>	
Obec – dodací pošta		PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>4)</sup>
E-mail (uvedení e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)		Mobilní telefon	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 kolonkách, 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 týká<sup>2)</sup>

tělesného poškozením 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 týká<sup>2)</sup>

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

**Pojištěný byl k datu úrazu PRACOVNÍK / FUNKCIONÁŘ** a nárok se týká<sup>2)</sup>

pracovní neschopnosti následkem úrazu  smrti následkem úrazu

**Podrobný popis průběhu a okolností úrazu**

Poraněná část těla

Byla postižena již před úrazem?  Ano  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

**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

Evidenční číslo (např. ČUS ID)

Název organizace

**Potvrzení vystavil**

Příjmení a jméno

Telefon

E-mail

Razítko organizace a podpis

Dne

### D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

**Pojistné plnění poukážte na (uveďte pouze jednu z možností)**

Číslo účtu

Kód banky

Specifický symbol

Adresu uvedenou v části B.

Jinou adresu .....

<sup>3)</sup> Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE** jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu<sup>3)</sup>

### E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

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

Fotokopie úmrtního listu  Pítevní protokol  Doklad o ohledání mrtvého  Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti  Výpis z matriky

Jiné:

### F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojistitelé, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný zprošťuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

## G. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V této části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v příslušném dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

### INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojistitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

### INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele vztahují.

**Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojistiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění. Jste-li zákonným zástupcem nezletilého, který má nárok na pojistné plnění, prohlašujete, že jste plně svéprávný(á) a že jste nebyl(a) soudem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti ani omezen(a) v jejím výkonu. Dále prohlašujete, že jste si vědom(a), že pojistné plnění přebíráte ve prospěch nezletilého.**

V	
dne	20
	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)
	Podpis zákonného zástupce*, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

## Zásady používání formuláře

Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění z pojistné smlouvy č. 4950050842 uzavřené Českým olympijským výběrem (ČOV) pro členy sportovních svazů sdružených v **České unii sportu**, členy (registrované i rekreační cvičence) **České obce sokolské**, a další sportovní subjekty. Podrobnosti o pojištěných osobách a pojištěné činnosti jsou uvedeny na internetových stránkách pojistitele [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

Pojištění sjednaná v této smlouvě se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a ostatními obecně závaznými právními předpisy. Nedílnou součástí této pojistné smlouvy jsou Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob O-901/14 a Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění O-923/14 (viz [www.koop.cz](http://www.koop.cz)).

**Pojistnou událostí je úraz**, který má za následek tělesné poškození nebo smrt, a ke kterému došlo **od účinnosti pojistné smlouvy 1. 1. 2017** při činnosti, na níž se pojištění vztahuje. Nároky z pojištění (liší se podle toho, zda pojištěným je dítě, dospělá osoba, nebo pracovník / funkcionář) lze uplatnit za:

**Tělesné poškození způsobené úrazem** – pojistné plnění se vyplácí ve formě denního odškodného.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte záznam o ošetření tělesného poškození bezprostředně po úrazu a lékařské zprávy z dalšího průběhu léčeni až do poslední lékařské kontroly. Bylo-li tělesné poškození způsobené úrazem léčeno operací, doložte operační protokol a propouštěcí zprávu. Došlo-li k úrazu při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby, doložte usnesení policie.

**Trvalé následky úrazu** – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „Oznámení trvalých následků úrazu“, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

### Pracovní neschopnost (PN) následkem úrazu

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte záznam o ošetření tělesného poškození bezprostředně po úrazu a lékařské zprávy z dalšího průběhu léčeni až do poslední lékařské kontroly. Bylo-li tělesné poškození způsobené úrazem léčeno operací, doložte operační protokol a propouštěcí zprávu.

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za **pracovní neschopnost** (ukončenou, nebo neukončenou v případě žádosti o zálohu na pojistné plnění), **doložte** II. díl Rozhodnutí o dočasné PN, tj. **Průkaz dočasné práce neschopného pojištěnce**. Trvá-li PN déle než dva měsíce, můžete pojistitele požádat o zálohu na pojistné plnění.

Výše pojistného plnění za **tělesné poškození úrazem, trvalé následky úrazu a PN následkem úrazu** se stanoví podle **Oceňovacích tabulek** pojistitele platných ke dni, k němuž bylo pojistiteli doručeno oznámení o příslušné pojistné události. Oceňovací tabulky jsou zveřejněny na

internetových stránkách pojistitele [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

### Úhrada nákladů na invalidní vozík

Z každé pojistné události uhradí pojistitel pojištěnému, který se stane tělesně postiženým v důsledku úrazu, k němuž dojde během trvání pojištění, vynaložené náklady na nákup nebo pronájem lékařem předepsaného invalidního vozíku, který není hrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo je z něj hrazen jen částečně, a to maximálně do výše uvedeného limitu v jednom roce trvání pojištění. Pojistitel je povinen hradit pouze tu část nákladů, kterou nehradí veřejné zdravotní pojištění. V případě pronájmu invalidního vozíku hradí pojistitel náklady tohoto pronájmu, maximálně však do výše kupní ceny invalidního vozíku.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte originály dokladů prokazujících vyšší nákladů na pořízení invalidního vozíku, které musí obsahovat jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, resp. rodné číslo a razítko a podpis ošetřujícího lékaře.

### Smrt následkem úrazu

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte následující dokumenty:

- ▶ kopii úmrtního listu,
- ▶ doklad, v němž je uvedena příčina smrti (např. lékařská zpráva, pitvěvní protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého),
- ▶ usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno),
- ▶ název (jméno) a adresa příslušného soudu (notáře), který vyřizuje pozůstalost,
- ▶ kontaktní telefon (osoba vyřizující úmrtí, manžel/ka, děti apod.).

### Úhrada nákladů na pohřeb

Po smrti pojištěného následkem úrazu, k němuž dojde během trvání pojištění, uhradí pojistitel právnícké nebo fyzické osobě, na kterou zní účet vystavený ústavem pohřební služby, částku nákladů pohřbu pojištěného, a to maximálně do výše uvedeného limitu. **Pojištění nezahrnuje** převoz pozůstatků pojištěného, a to ani z místa úmrtí pojištěného do místa trvalého bydliště pojištěného.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte následující dokumenty:

- ▶ kopii úmrtního listu,
- ▶ doklad, v němž je uvedena příčina smrti (např. lékařská zpráva, pitvěvní protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého),
- ▶ usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno),
- ▶ kontaktní telefon (osoba vyřizující úmrtí, manžel/ka, děti apod.)
- ▶ originály dokladů prokazujících vyšší nákladů, které musí obsahovat jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, resp. rodné číslo a razítko a podpis zaměstnance ústavu pohřební služby.