



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte část B až E – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a předejte k vyplnění části F svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** 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. Osobní údaje ve účtu 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: 9902083323 Příjmení: NOVAK Jméno: JIŘÍ Titul:

Adresa trvalého pobytu/bydliště: Ulice (místo), číslo popisné/orientační: JAZNÍ 814 Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? (Kterého?²): ANO NE

Obec – dodací pošta: PRAHA PSČ: 11000 Jiny stát než ČR, jaký, ZIP kód*):

E-mail (uvedením e-mailové adresy pojištěný/ oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí se účelů vyřazením této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu): jnora@seznam.cz Mobilní telefon: 604604604 Telefon: 49511112

Povolání - oblast podnikání k datu úrazu: Úřadník Jste: pravák levák

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

Číslo pojistné smlouvy: 4950050842 Číslo pojistné smlouvy: Číslo pojistné smlouvy: Číslo pojistné smlouvy:

Datum, čas a místo úrazu: 2.2.2017 HALA TJ SLAVIA HRADEC KRÁLOVĚ

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu: Při tréninku zvednutí levy' nohy v kotníku

Poraněná část těla: levy' kotník Došlo k úrazu při výkonu povolání? Ano Ne

Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytl první ošetření úrazu: FN - emergency, Saldovského 581 Hradec Králové 50005 Datum prvního ošetření: 02.02.2017

Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen: PK II Bratři Křtlanu 195 Hradec Králové 50003 Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny: 211

Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře: MUDr. Moudry' 1965, Zimní 3, Hradec Králové 50000

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? Ano Ne Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým: Český svaz pozemního fotbalu

Jste registrovaný sportovec? Ano Ne Pokud ano, pro který sport?: pozemní fotbal

Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží? Ano Ne Pokud ano, v jaké soutěži?: Extraliga

Stal se úraz při dopravní nehodě? Ano Ne Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou? Ano Ne

Při úrazu osob, dopravených motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ) / Vyšetřovala dopravní nehodu policie nebo jiný státní orgán pověřený šetřením nehod? Ano Ne

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

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

Číslo účtu: Kód banky: Specifický symbol:

Pojistnou smlouvu č.: Jako mimořádné pojistné Specifický symbol*):

Adresu uvedenou v části B. Název fondu:

Jinou adresu: Jako běžné pojistné.

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte jméno, příjmení a rodné číslo zákonného zástupce této osoby (zákonným zástupcem je např. některý z rodičů, nebo opatrovník).

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a opravdive 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. Zmoužijte tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy zaslal dotazy a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb) a žádal je o portrét, výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zapsů, 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, oprávnění 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 následujícího zákona.

V Hradci Králové dne 10.05.2017

Podpis pojištěného (oprávněné osoby): [Podpis] Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný: [Podpis]

Vydání právnícké osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby: Ano Ne

TJ SLAVIA Hradec Králové, z.s. Nová Nejedlánská 1216 Hradec Králové IČO: CZ00484326

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
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 léčby (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 léčby tělesného poškození způsobeného úrazem bude činit			týdnů
Došlo-li k prodloužení doby léčby v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace šlo			
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení			
Celková doba léčby 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 ovlivily chování pojištěného?			
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu		Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Jiná sdělení lékaře			
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře			
Ullice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení		Číslo oddělení	Telefon

14PLNÍ LÉKAŘ

¹⁾ U cizinců se zapíše 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