



**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 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 <sup>1)</sup><br><b>9 9 0 4 2 2 0 2 4 7</b>                                                                                                                                                             | Příjmení<br><b>Vopička</b> | Jméno<br><b>Jiří</b>                                                                                      | Titul                               |
| Adresa pro účely vyřizování této pojistné události<br>Ulice (místo), číslo popisné/orientační<br><b>Pražská 927/31</b>                                                                                              |                            | <input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého <sup>2),3)</sup><br>Ano |                                     |
| Obec – dodací pošta<br><b>Česká Lípa</b>                                                                                                                                                                            | PSČ<br><b>4 7 3 0 1</b>    | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>4)</sup>                                    |                                     |
| E-mail (uvedení e-mailové adresy pojištěného / oprávněné osoby / zákonného zástupce souhlasí pro účely vyplnění pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)<br><b>monika.vopickova@seznam.cz</b> |                            | Mobilní telefon<br><b>6 0 3 1 2 3 4 5 6</b>                                                               | Telefon<br><b>3 2 5 1 2 3 4 5 6</b> |
| Povolání - oblast podnikání k datu úrazu<br><b>student</b>                                                                                                                                                          |                            | Jste <input checked="" type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák                            |                                     |

## C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

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

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                        |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Číslo pojistné smlouvy<br><b>5 4 0 0 8 5 6 6 8 9</b>                                                                                                    | Číslo pojistné smlouvy                                                                                                                         | Číslo pojistné smlouvy                                                                                 | Číslo pojistné smlouvy                              |
| Datum, čas a místo úrazu<br><b>15.10.2016, 17:30, klubovna oddílu TOM Špuntíci (Českolipská 236, 473 01 Česká Lípa)</b>                                 |                                                                                                                                                |                                                                                                        | Kód úrazu <sup>5)</sup><br><b>(a) 2 (b) 2 (c) 1</b> |
| Podrobný popis průběhu a okolností úrazu<br><b>Při hře nešťastnou náhodou zakopl, upadl a při pádu si zlomil pravou ruku v předloktí.</b>               |                                                                                                                                                |                                                                                                        |                                                     |
| Došlo k úrazu při výkonu povolání?<br><input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne                                               |                                                                                                                                                |                                                                                                        |                                                     |
| Poraněná část těla<br><b>Předloktí pravé ruky</b>                                                                                                       |                                                                                                                                                | Byla postižena již před úrazem?<br><input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne |                                                     |
| Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu<br><b>Dětská pohotovost, Lékařská 25, Česká Lípa</b>                            |                                                                                                                                                | Datum prvního ošetření<br><b>1 5 1 0 2 0 1 6</b>                                                       |                                                     |
| Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen<br><b>Nemocnice Česká Lípa, Purkyňova 1849, Česká Lípa</b>                                 |                                                                                                                                                | Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny                                                                  |                                                     |
| Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře<br><b>Jana Nováková, Lékařská 25, Česká Lípa</b>                                                               |                                                                                                                                                |                                                                                                        |                                                     |
| Stal se úraz při sportovní, tělovýchovné činnosti nebo volnočasových aktivitách?<br><input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým (oddíl, kmen a pod.)<br><b>Asociace TOM ČR, TOM Špuntíci</b> IČO <b>5 4 3 2 1 0 1 2</b> |                                                                                                        |                                                     |
| Jste registrovaný sportovec?<br><input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne                                                     | Pokud ano, pro který sport?                                                                                                                    |                                                                                                        |                                                     |
| Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží?<br><input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne            | Pokud ano, v jaké soutěži?                                                                                                                     |                                                                                                        |                                                     |
| Stal se úraz při dopravní nehodě?<br><input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne                                                | Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou?<br><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne        |                                                                                                        |                                                     |
| Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ)                                                                                       | Vyšetřovala dopravní nehodu policie?<br><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                                               |                                                                                                        |                                                     |

## D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

|                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| Pojistné plnění poukážete na (uveďte pouze jednu z možností)                                                                                                                                      |                                                  |                                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Číslo účtu<br><b>1 1 2 4 5 6 7 8 9</b>                                                                                                                        | Kód banky<br><b>0 1 0 0</b>                      | Specifický symbol               |  |
| <input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č. _____                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné | Specifický symbol <sup>6)</sup> |  |
| <input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B.                                                                                                                                               | Název fondu                                      |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Jinou adresu _____                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné     |                                 |  |
| Náleželi-li pojistné plnění nezletilý nebo nesvéprávný osobě, uveďte jméno, příjmení a rodné číslo zákonného zástupce této osoby (zákonným zástupcem je např. některý z rodičů, nebo opatrovník). |                                                  |                                 |  |

## E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

|                                             |                                            |                                           |                                                           |                               |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva | <input type="checkbox"/> Operační protokol | <input type="checkbox"/> Usnesení policie | <input type="checkbox"/> Záznam policie o dopravní nehodě | <input type="checkbox"/> 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 (poskytovatelů zdravotních služeb) a žádal je 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 (poskytovatele zdravotních služeb), 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.

|                                                   |                                                        |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V <b>České Lípě</b><br>dne <b>1 0 1 1 2 0 1 6</b> | <b>Vopička</b><br>Podpis pojištěného (oprávněné osoby) | <b>Vopickova</b><br>Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný | Vyjádření právnické osoby, která sjednává plnění ve prospěch fyzické osoby<br>Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)?<br><input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Asociace turistických oddílů mládeže ČR<br>TOM Špuntíci<br>IČ: 54321012<br><b>Razítko a podpis právnické osoby</b> |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |                                                          |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                          |                                                          |                             |
| Rodné číslo <sup>1)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 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 <sup>2</sup> 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 léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace)                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                          |                                                          |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |                                                          |                             |
| Kde byl poraněný hospitalizován?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                          |                                                          |                             |
| od do                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |                                                          |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |                                                          |                             |
| 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“ <sup>2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                          | <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 ‰ alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo omamná či toxická látka ovlivnily chování pojištěného?                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |                                                          |                             |
| Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                          | Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?          |                             |
| <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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                                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |                                                          |                             |
| Název oddělení                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Číslo oddělení                                           | Telefon                                                  |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                          |                                                          |                             |

<sup>1)</sup> U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.  
<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem ☒ (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

2 0 1

Razítko a podpis lékaře