



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uvedte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a předajte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. 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. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel 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 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  
IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

**B. POJIŠTĚNÝ**

Rodné číslo<sup>1)</sup> 9 7 0 5 0 1 0 0 0 7 Příjmení Vopička Jméno Marek Titul

Adresa trvalého pobytu/bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační PSČ  
Pražská 927/31 4 7 3 0 1

Obec – dodací pošta  Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód<sup>2,3)</sup>  
Česká Lípa

E-mail monika.vopickova@seznam.cz Mobilní telefon 6 0 3 1 2 3 4 5 6 Telefon 3 2 5 1 2 3 4 5 6

Povolání - oblast podnikání k datu úrazu Jste  právák  levák  
student

1) U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.  
2) Není-li vyplněno, platí stát ČR.  
3) Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

**C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU**

Číslo pojistné smlouvy 5 4 0 0 8 5 6 6 8 9 Číslo pojistné smlouvy Číslo pojistné smlouvy Číslo pojistné smlouvy

Datum, čas a místo úrazu 15.1.2014, 16:30, klubovna oddílu TOM Špuntící (Českolipská 236, 473 01 Česká Lípa), kód úrazu: 221

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu  
Při hře nešťastnou náhodou zakopl, upadl a při pádu si zlomil levou ruku v předloktí.

Došlo k úrazu při výkonu povolání?  Ano  Ne

Poraněná část těla Předloktí levé ruky Byla postižena již před úrazem?  Ano  Ne

Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu Dětská pohotovost, Lékařská 25, Česká Lípa Datum prvního ošetření 1 5 0 1 2 0 1 4

Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen Nemocnice Česká Lípa, Purkyňova 1849, Česká Lípa Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny 207

Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře  
Jana Nováková, Lékařská 25, Česká Lípa

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?  Ano  Ne Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým  
Asociace turistických oddílů mládeže ČR, TOM Špuntící

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

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

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

Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ) Jména osob, které byly zraněny

Jméno a adresa vlastníka vozidla Jména a adresy řidiče a spolujezdců

Jména svědků úrazu (včetně adresy) Adresa orgánu, který případ vyšetřoval

**D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ**

Pojistné plnění poukážte na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu 1 1 2 4 5 6 7 8 9 Kód banky 0100 Specifický symbol

Pojistnou smlouvu č. Jinou adresu Jméno a příjmení/Název

Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B. Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.  
Monika Vopičková, matka

**E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY**

Propouštěcí zpráva  Operační protokol  Usnesení policie  Záznam policie o dopravní nehodě  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 (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. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 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 § 31 a násled. citovaného zákona.

Datum 0 3 0 1 2 0 14

Podpis pojištěného (oprávněné osoby) Vopička Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobily k právním úkonům Vopičková

Vydřet právnícké osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)?  Ano  Ne

Razítko a podpis právnícké osoby

## F. ZPRÁVA LÉKAŘE

### Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).  
Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestáčí-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
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 dřeně)			
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?			
Operace (operační nález - přiložte, prosím, kopii operačního protokolu)			
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			
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 ovlivnily chování pojištěného?			
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? <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	PSČ
Název oddělení		Číslo oddělení	Telefon

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem ☒ (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

2011

Razítko a podpis lékaře