

Hlášení pojistné události – úraz (plnění za denní odškodné, pracovní neschopnost, hospitalizaci)

Z6024

Kompletním vyplněním a doložením všech požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci pojistné události. V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 957 105 105 (ve všední dny od 8 do 18 hodin).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice.

► POJISTNÁ SMLOUVA

Uvedte čísla pojistných smluv, ze kterých hlásíte pojistnou událost

ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

► POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, které se stal úraz)

JMÉNO PŘÍMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO MÍSTO, STÁT NAROZENÍ POHLAVÍ žena muž

STÁTNÍ OBČANSTVÍ E-MAIL TELEFON

KONTAKTNÍ ADRESA

ULICE Č. P. PSČ

OBEC STÁT

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ANO NE **!** V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 6. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

Jaké bylo vaše povolání v době vzniku úrazu?

Uvedte jméno a adresu svého praktického lékaře

► POPIS ÚRAZU

Kdy se vám úraz stal? DEN MĚSÍC ROK ČAS Kde se vám úraz stal? (např. tělocvična, Praha 4)

První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne DEN MĚSÍC ROK **!** Doložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření.

Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře

Léčení probíhalo (od–do) DEN MĚSÍC ROK – DEN MĚSÍC ROK **!** Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu.

Jaká část těla byla poraněna? (např. pravá ruka)

Při jaké činnosti a jakým způsobem k úrazu došlo? Popište okolnosti vzniku úrazu

Úraz se vám stal při (vyberte jednu z variant) Zaměstnání / Volnočasové aktivitě

Stal se úraz při sportu? ANO NE **!** Pokud ano, uveďte druh sportu

Stal se vám úraz při rekreační sportovní činnosti? ANO NE Jste profesionálním sportovcem s úvazkem minimálně 28 hodin týdně? ANO NE Stal se vám úraz při výkonu profesionálního sportu? ANO NE

Byla tato část těla zasažena úrazem či nemocí již dříve? ANO NE **!** Pokud ano, uveďte rozsah

! Doložte kopie lékařských zpráv týkajících se tohoto dřívějšího zasažení části těla.

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? ANO NE **! Přiložte kopii policejního protokolu.**

Jednalo se o dopravní nehodu? ANO NE **! Pokud ano, řídil/a jste?** ANO NE

HOSPITALIZACE

Vyplňte, pokud jste byl/a hospitalizován/a a máte sjednané pojištění hospitalizace.

Úraz si vyžádal hospitalizaci (od-do) DEN MĚSÍC ROK - **! Přiložte kopii propouštěcí zprávy.**

Pokračovala vaše léčba v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či láních? ANO NE **! Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy** DEN MĚSÍC ROK - **! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.**

Za tento pobyt vám budeme plnit max. 30 dnů. ANO NE **! Přiložte kopii potvrzení o doprovodu dítěte.**

Jednalo se o hospitalizaci dítěte do 7 let věku dítěte za doprovodu zákonného zástupce? ANO NE

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Vyplňte, pokud jste byl/a v pracovní neschopnosti a máte sjednáno připojištění úrazu k pracovní neschopnosti. (U osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, uveďte dobu léčeni, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.)

V pracovní neschopnosti jste byl/a (od-do) DEN MĚSÍC ROK -

V době počátku pracovní neschopnosti jste byl/a (vyberte jednu z variant) Zaměstnanec **! Pro pracovní neschopnost vystavenou do 31. 12. 2019 doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele s datem návratu do zaměstnání / od 1. 1. 2020 doložte kopii Průkazu práce neschopného pojištěnce a potvrzení zaměstnavatele o návratu do zaměstnání.**

Aktivní OSVČ nebo svobodné povolání **! Doložte kopii potvrzení OSSZ, od kdy do kdy jste OSVČ.**

Jiné **! Doložte kopii potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek. / NE Doložte kopii potvrzení OSSZ, že nejste plátcem, a potvrzení lékaře o době pracovní neschopnosti.**

Pokračovala vaše léčba v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či láních do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti? ANO NE **! Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy** DEN MĚSÍC ROK - **! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.**

V době počátku pracovní neschopnosti jste byl/a (vyberte jednu z variant) Zaměstnanec **! Pro pracovní neschopnost vystavenou do 31. 12. 2019 doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele s datem návratu do zaměstnání / od 1. 1. 2020 doložte kopii Průkazu práce neschopného pojištěnce a potvrzení zaměstnavatele o návratu do zaměstnání.**

Aktivní OSVČ nebo svobodné povolání **! Doložte kopii potvrzení OSSZ, od kdy do kdy jste OSVČ.**

Jiné **! Doložte kopii potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek. / NE Doložte kopii potvrzení OSSZ, že nejste plátcem, a potvrzení lékaře o době pracovní neschopnosti.**

(V případě, že jste na rodičovské či mateřské dovolené, v invalidním či starobním důchodu nebo nezaměstnaný a nemáte jiný příjem z pracovní činnosti, nárok na pojistné plnění nevzniká.)

OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pojistnou událost hlásíte jako pojištěný? ANO NE

Pokud ne, hlásíte pojistnou událost jako (vyberte jednu z variant) Zákonný zástupce pojištěného dítěte **! U smluv od roku 2005 - je oprávněnou osobou zákonný zástupce. U smluv do roku 2005 - je oprávněnou osobou u smluv Flexibilního životního pojištění pojistník, - u ostatních produktů zákonný zástupce.**

Pojistník za dítě **! Doložte ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, která vás opravňuje k zastupování pojištěného ve věci šetření pojistné události a převzetí pojistného plnění.**

Osoba s plnou mocí **! Doložte ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, která vás opravňuje k zastupování pojištěného ve věci šetření pojistné události a převzetí pojistného plnění.**

Jiné **! Doložte kopii dokumentu, který vás opravňuje k hlášení pojistné události za pojištěného.**

► POKUD NEHLÁŠÍTE JAKO POJIŠTĚNÝ, VYPLŇTE PROŠÍM (uved'te kontaktní adresu):

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO	MÍSTO, STÁT NAROZENÍ	POHLAVÍ <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STÁTNÍ OBČANSTVÍ	E-MAIL	TELEFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KONTAKTNÍ ADRESA		
ULICE		Č. P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBEC		PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ANO NE **!** V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 6. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

► JAKÝM ZPŮSOBEM CHCETE VYPLATIT POJISTNÉ PLNĚNÍ (vyberte jednu z variant)?

<input type="checkbox"/>	Na účet vedený v ČR	<input type="text"/>	kód banky	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Na sběrný účet České spořitelny (Ize vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.)			
<input type="checkbox"/>	Poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu (za tento způsob výplaty účtujeme poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)			

! V případě, že očekáváte, že pojistné plnění přesáhne částku 2 500 EUR, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 6. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na vaši povinnost plnit.

Poskytují souhlas:

- k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události. Tímto způsobem nebudou zasílána sdělení obsahující osobní a citlivé údaje.

ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Udělují v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojišťovně, aby zjišťovala či ověřovala můj 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 k mému zdravotnímu stavu; tento souhlas platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčiny mé smrti. Dále opravňuji k poskytnutí těchto informací svého zaměstnavatele.

Zprošťuji 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 pojišťovně mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťovna oprávněna 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.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující 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 dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce 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 pojišťovna 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 pojišťovny 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 pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely **zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním a souvisejících vztahů s vámi, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.** Proti takovému zpracování máte právo kdykoliv podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

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

Podpisem tohoto formuláře, resp. odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která vám v této souvislosti náleží.

Vyberte jednu z variant

- K hlášení přikládám kopie veškerých lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu (pojistné plnění bude vyplaceno pouze v rozsahu doložené zdravotní dokumentace).
- Předávám lékařovi na vlastní náklady k vyplnění následující část hlášení pojistné události (lékařskou zprávu) a přikládám kopie lékařských zpráv.

PODPIS OSOBY, KTERÁ UPPLAŇUJE
NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

V

DNE

> LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

VYPLŇUJE LÉKAŘ

POJIŠTĚNÁ OSOBAJMÉNO PŘÍMENÍ TITUL RODNÉ ČÍSLO DATUM ÚRAZU DEN MĚSÍC ROK

Uved'te příčinu úrazu

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek?

ANO NE ▶ Pokud ano, uveďte ‰ alkoholu ‰

▶ Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození?

ANO NE

Popis poranění	Dg. dle MKN10	Léčení od-do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uved'te objektivní příznaky poranění zjištěné při prvním ošetření (např. otok, hematom)

Pokud bylo provedeno vyšetření RTG, MRI, CT, SONO, uveďte popis a datum

<input type="text"/>	DEN MĚSÍC ROK <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jaký byl způsob léčení (popište i případné komplikace a uveďte dobu jejich trvání)

Doba léčení úrazu (od kdy - do kdy)

DEN MĚSÍC ROK - DEN MĚSÍC ROK **HOSPITALIZACE**

Vyžádal si úraz hospitalizaci?

ANO NE

▶ Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy trvala

DEN MĚSÍC ROK - DEN MĚSÍC ROK

Byla nutná rehabilitace?

ANO NE

▶ Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy trvala

DEN MĚSÍC ROK - DEN MĚSÍC ROK

Zvolená terapie

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění je nutné vyplnit v případech, kdy jste politicky exponovanou osobou nebo požadujete zaslat výplatu na svůj účet nebo na kontaktní adresu (složenka) a pojistné plnění převyšuje v přepočtu hodnotu 2 500 EUR. Pokud nezašlete správně vyplněný formulář k provedení identifikace a budete politicky exponovanou osobou nebo pojistné plnění převyšuje 2 500 EUR, zašleme výplatu pojistného plnění na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace bude provedena při výplatě na pobočce České spořitelny.

Ověření identifikačních údajů může na základě předložení dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) provést:

- pojišťovací zprostředkovatel či pracovník Kooperativy,
- pojišťovací poradce spolupracující s Kooperativou,
- pracovník na kterékoliv pobočce České spořitelny,
- obecní úřad s rozšířenou působností, krajský úřad, notář (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou),
- zastupitelský úřad ČR – v případě provedení identifikace v zahraničí (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice.

VYPLŇUJE PORADCE V PŘÍPADĚ PEP NEBO PŘI PLNĚNÍ NAD 2 500 EUR ▼

IDENTIFIKOVANÁ OSOBA (osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění)

Identifikace (vyberte jednu z variant)

Pojištěného

Zákonného zástupce

Fyzické osoby (zmocněnce)

Jiné

! Doloží identifikační údaje zastoupeného – např. rodný list zastoupeného dítěte.

! Doloží ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.

! Doloží kopii dokumentu, který opravňuje uplatnit nárok na pojistné plnění.

ÚDAJE O IDENTIFIKOVANÉ OSOBĚ

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO Typ pobytu (vyberte jednu z variant) Trvalý / Jiný

Ulice Č. P. PSČ

Obec Stát

Druh a číslo průkazu totožnosti Doba platnosti DEN MĚSÍC ROK Stát a orgán, který jej vydal

POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, které se stala pojistná událost), pokud se liší od identifikované osoby

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

IDENTIFIKACI PROVEDL/A

Identifikaci v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, za Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897, **provedl/a**:

JMÉNO PŘÍJMENÍ TELEFON

Identifikace partnera (HR) / Získatelské číslo Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka získatele

! Aby identifikace byla platná, je nutné vyplnit oba identifikační údaje.

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů a shodu podoby výše uvedené fyzické osoby s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

Datum zaznamenání a ověření DEN MĚSÍC ROK

PODPIS OSOBY, KTERÁ PROVEDLA IDENTIFIKACI