



Oznámení trvalých následků úrazu

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky úrazu**, které lze hodnotit nejdříve **po jejich ustálení, nejpozději však ke 3 roků od úrazu**. **Vyplňte části B. až D.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části E. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru trvalých následků – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojištětel 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 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 <small>1) U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999. 2) Platnou variantu označte křížkem X (platí i v ostatních případech s možností více variant). 3) Je-li označeno křížkem X Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), bližší na www.koop.cz. 4) Není-li vyplněno, platí stát ČR.</small>	Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul	
	Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? ^{2,3)}	
	Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾
	E-mail (uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon	Telefon		
C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ		Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
		Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události
D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ		Pojistné plnění poukažte na (uved'te pouze jednu z možností)			
<input type="checkbox"/> Číslo účtu		Kód banky		Specifický symbol	
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.		<input type="checkbox"/> Jinou adresu		Jméno, příjmení/Název	
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.		Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec			
Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).					
V dne		Podpis pojištěného (oprávněné osoby)			
2 0 1		Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný			
E. ZPRÁVA LÉKAŘE		Datum úrazu	Místo úrazu		
Údaje o úrazu		Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:			
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.		Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:			Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uved'te datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):
					Datum
		Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:			Kód diagnózy podle MKN - 10
Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)					
Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:			
Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postižena?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:			
Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:			
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:			

Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem

Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

.....

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

od | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | do | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Operace (operační název - přiložte prosím kopii operačního protokolu):

.....

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:

.....

Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):

.....

Je léčení poraněného
skončeno?*)

Ano Ne

Zanechal-li úraz
poraněnému trvalé
následky, jsou ustáleny?

Ano Ne

Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:

.....

Hodnocení trvalých následků úrazu

Lékař potvrzuje, že u pojištěného

Rodné číslo¹⁾

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Příjmení

Jméno

Titul

zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

.....

Objektivní název (u jizev v obličejí uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm² nebo zakreslete na obrázku):

.....



Pojištěný je

pravák

levák

PHK

LHK

Při poranění končetin uveďte

popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení
hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).

Při poruše úchopové funkce HK uveďte

kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost
natažení v cm.

PDK

LDK

Při poranění DK uveďte

délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu,
pronaci, supinaci, hypotrofi svalstva (srovnání
s druhou DK), menisektomi (částečnou, úplnou)

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození
ve tvaru RMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech
s možností více variant).

Datum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | 1 | | | | |

Razítko a podpis lékaře

.....