



Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného a potvrzení členské organizace, že k úrazu došlo při pojištěné činnosti nelze poskytnout pojistné plnění – a k příslušné pojistné události doložte dokumenty uvedené na druhé straně tohoto formuláře (náklady na pořízení těchto dokumentů pojištitel nehradí). 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. POJIŠTITEL

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 ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého ^{2,3)} Ano	
Obec – dodací pošta	PSC	<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)			Telefon
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu	Jste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák		

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).
³⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), blíže na www.koop.cz.
⁴⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.

C. ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI

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

Datum, čas a místo úrazu (pojistná smlouva se vztahuje pouze na úrazy vzniklé od 1. 1. 2017)

Pojištěný byl k datu úrazu DÍTĚ (v roce vzniku úrazu ve věku do 18 let včetně) a nárok se týká²⁾

tělesného poškození úrazem úhrady nákladů za invalidní vozík smrti následkem úrazu

Pojištěný byl k datu úrazu DOSPĚLÁ OSOBA (v roce vzniku úrazu ve věku nad 18 let) a nárok se týká²⁾

tělesného poškození úrazem úhrady nákladů za invalidní vozík smrti následkem úrazu úhrady nákladů pohřbu

Pojištěný byl k datu úrazu PRACOVNÍK / FUNKCIONÁŘ a nárok se týká²⁾

pracovní neschopnosti následkem úrazu smrti následkem úrazu

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu

Poraněná část těla	Byla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu	Datum prvního ošetření
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen	Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře	

POTVRZENÍ ČLENSKÉ ORGANIZACE, že pojištěný uvedený v části B. je osobou, na kterou se vztahuje pojistná smlouva ČOV č. 4950050842, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti:

IČO	Evidenční číslo (např. ČUS ID)
Název organizace	
Potvrzení vystavil	
Příjmení a jméno	Telefon
E-mail	Razítko organizace a podpis
Dne	2 0 1

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu

Adresu uvedenou v části B.

Jinou adresu

Kód banky

Specifický symbol

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu³⁾

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě Zdravotní dokumentace

Fotokopie úmrtího listu Pitevný protokol Doklad o ohledání mrtvého Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti Výpis z matriky

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 pojištitel plnit. Dále se zavazuji oznámit pojištiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojištitel, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojištitel 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, opravuji příslušného lékaře (poskytovatele zdravotních služeb), aby pojištiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násled. citovaného zákona.

V
dne

2 | 0 | 1 |

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce³⁾, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

Zásady používání formuláře

Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění z pojistné smlouvy č. 4950050842 uzavřené Českým olympijským výborem (ČOV) pro členy sportovních svazů sdružených v **České unii sportu**, členy (registrované i rekreační cvičence) **České obce sokolské**, a další sportovní subjekty. Podrobnosti o pojištěných osobách a pojištěné činnosti jsou uvedeny na internetových stránkách pojistitele www.koop.cz.

Pojištění sjednaná v této smlouvě se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a ostatními obecně závaznými právními předpisy. Nedílnou součástí této pojistné smlouvy jsou Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob O-901/14 a Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění O-923/14 (viz www.koop.cz).

Pojistnou událostí je úraz, který má za následek tělesné poškození nebo smrt, a ke kterému došlo **od účinnosti pojistné smlouvy 1. 1. 2017** při činnosti, na níž se pojištění vztahuje. Nároky z pojištění (lišší se podle toho, zda pojištěným je dítě, dospělá osoba, nebo pracovník / funkcionář) lze uplatnit za:

Tělesné poškození způsobené úrazem – pojistné plnění se vyplácí ve formě denního odškodného.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte záznam o ošetření tělesného poškození bezprostředně po úrazu a lékařské zprávy z dalšího průběhu léčení až do poslední lékařské kontroly. Bylo-li tělesné poškození způsobené úrazem léčeno operací, doložte operační protokol a propouštěcí zprávu. Došlo-li k úrazu při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby, doložte usnesení policie.

Trvalé následky úrazu – právo na pojistné plnění se uplatňuje na formuláři „Oznámení trvalých následků úrazu“, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele www.koop.cz.

Pracovní neschopnost (PN) následkem úrazu

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte záznam o ošetření tělesného poškození bezprostředně po úrazu a lékařské zprávy z dalšího průběhu léčení až do poslední lékařské kontroly. Bylo-li tělesné poškození způsobené úrazem léčeno operací, doložte operační protokol a propouštěcí zprávu.

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za ukončenou pracovní neschopnost, přiložte kopii V. dílu tiskopisu ČSSZ – 89610 O „Rozhodnutí o dočasné PN“. Trvá-li PN déle než tři měsíce, můžete pojistitele požádat o zálohu na pojistné plnění. V takovém případě přiložte kopii II. dílu uvedeného tiskopisu a ukončení PN doložte jeho V. dílem.

Výše pojistného plnění **za tělesné poškození úrazem, trvalé následky úrazu a PN následkem úrazu** se stanoví podle **Oceňovacích tabulek** pojistitele platných ke dni, k němuž bylo pojistiteli doručeno oznámení o příslušné pojistné události. Oceňovací tabulky jsou zveřejněny na internetových stránkách pojistitele www.koop.cz.

Úhrada nákladů na invalidní vozík

Z každé pojistné události uhradí pojistitel pojištěnému, který se stane tělesně postiženým v důsledku úrazu, k němuž dojde během trvání pojištění, vynaložené náklady na nákup nebo pronájem lékařem předepsaného invalidního vozíku, který není hrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo je z něj hrazen jen částečně, a to maximálně do výše uvedeného limitu v jednom roce trvání pojištění. Pojistitel je povinen hradit pouze tu část nákladů, kterou nehradí veřejné zdravotní pojištění. V případě pronájmu invalidního vozíku hradí pojistitel náklady tohoto pronájmu, maximálně však do výše kupní ceny invalidního vozíku.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte originály dokladů prokazujících výši nákladů na pořízení invalidního vozíku, které musí obsahovat jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, resp. rodné číslo a razítko a podpis ošetřujícího lékaře.

Smrt následkem úrazu

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte následující dokumenty:

- ▶ kopii úmrtního listu,
- ▶ doklad, v němž je uvedena příčina smrti (např. lékařská zpráva, pitvění protokol, výpis z matricy, doklad o ohledání mrtvého),
- ▶ usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno),
- ▶ název (jméno) a adresa příslušného soudu (notáře), který vyřizuje pozůstalost,
- ▶ kontaktní telefon (osoba vyřizující úmrtí, manžel/ka, děti apod.).

Úhrada nákladů na pohřeb

Po smrti pojištěného následkem úrazu, k němuž dojde během trvání pojištění, uhradí pojistitel právnícké nebo fyzické osobě, na kterou zní účet vystavený ústavem pohřební služby, částku nákladů pohřbu pojištěného, a to maximálně do výše uvedeného limitu. **Pojištění nezahrnuje** převoz pozůstatků pojištěného, a to ani z místa úmrtí pojištěného do místa trvalého bydliště pojištěného.

Spolu s tímto vyplněným formulářem doložte následující dokumenty:

- ▶ kopii úmrtního listu,
- ▶ doklad, v němž je uvedena příčina smrti (např. lékařská zpráva, pitvění protokol, výpis z matricy, doklad o ohledání mrtvého),
- ▶ usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě nebo zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno),
- ▶ kontaktní telefon (osoba vyřizující úmrtí, manžel/ka, děti apod.)
- ▶ originály dokladů prokazujících výši nákladů, které musí obsahovat jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, resp. rodné číslo a razítko a podpis zaměstnance ústavu pohřební služby.