



## 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.

<b>A. POJISTITEL</b>		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>B. POJIŠTĚNÝ</b>  <sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999. <sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem <input checked="" type="checkbox"/> (platí i v ostatních případech s možností více variant). <sup>3)</sup> Je-li označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), bližší na www.koop.cz. *) Není-li vyplněno, platí stát ČR.	Rodné číslo <sup>1)</sup>		Příjmení		Jméno	Titul	
	<b>Adresa trvalého pobytu/bydliště</b>		Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? <sup>2,3)</sup>		
	Obec – dodací pošta		PSČ		<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>4)</sup>
	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		
<b>C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ</b>		Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy		
		Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události		
<b>D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ</b>		<b>Pojistné plnění poukažte na (uved'te pouze jednu z možností)</b>					
<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		2 0 1		Podpis pojištěného (oprávněné osoby)		Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný	
<b>E. ZPRÁVA LÉKAŘE</b>		<b>Údaje o úrazu</b>		Datum úrazu	Místo úrazu		
<b>Informace pro lékaře</b> 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.		Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:					
		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
<b>Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)</b>							
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 číslo<sup>1)</sup>

Příjmení

Jméno

Titul

.....

**zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:**

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

.....

Objektivní název (u jizev v obličeji uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm<sup>2</sup> 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

.....

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

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

Datum

2 | 0 | 1

Razítko a podpis lékaře

.....