

Úrazové pojištění – informace pro členy ČUS



Všechny subjekty sdružené v České unii sportu, tedy [národní sportovní svazy](#), [sportovní kluby a tělovýchovné jednoty](#), [okresní sdružení](#) a [krajské organizace ČUS](#) jsou pojištěny úrazovým pojištěním prostřednictvím pojišťovny **Kooperativa, a.s.** Smlouva č. 4950050842 je platná od 1. ledna 2017 s automatickou prolongací. Pojištění se vztahuje na všechny účastníky akcí pořádaných subjekty sdruženými v ČUS. Příkladem akcí jsou: sportovní utkání, tréninky, náborové a propagační akce, ale i doprava na tyto akce. Pojištění se dokonce vztahuje na úrazy mimo Českou republiku. **Celý text smlouvy včetně oceňovacích tabulek naleznete [ZDE](#).**

Návod k nahlášení pojistné události v případě úrazu [ZDE](#).

Oznámení události ke stažení:

Oznámení pracovní neschopnosti:

Oznámení úrazu

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

Prezentační

Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte plnění – a předejte k vyplnění částí F. svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortoped. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem, které bylo léčeno operací, nebo pokud jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte. 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. Nepřesné 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 údajů podle § 21 citovaného zákona.

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 182 00 Praha 8
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení				
<table border="1"> <tr> <td>Adresa trvalého pobytu/bydliště</td> <td>Ulice (místo), číslo popisné/orientační</td> </tr> <tr> <td>Obec – dodací pošta</td> <td>PSČ</td> </tr> </table>		Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec – dodací pošta	PSČ
Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační				
Obec – dodací pošta	PSČ				
E-mail (úvedením e-mailové adresy pojištěný/ opáčená osoba/ zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)					
Povolání - oblast podnikání k datu úrazu					

- 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⁾ Nemá-li vyplněno, platí stát ČR.

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

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

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum, čas a místo úrazu		
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu		
Poraněná část těla		
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu		
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen		
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře		
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano,
Jste registrovaný sportovec?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano,
Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano,
Stal se úraz při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Byl jste na zdravotnické



Oznámení pracovní neschopnosti¹⁾ pobytu v nemocnici ošetřování dítěte

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za pracovní neschopnost (PN), pobyt v nemocnici nebo ošetřování dítěte (smaže křížkem, za kterou z událostí uplatňujete nárok na pojistné plnění). Vyplňte část B, až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – v části C. uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ škodné události, za kterou uplatňujete nárok, a předejte k vyplnění části F. svého lékaře.

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za ukončenou pracovní neschopnost, přiložte kopii V. dílu tiskopisu ČSSZ – 89610 O „Již rozhodnutí o dočasně PN“. Trvá-li PN déle než tři měsíce, můžete pojistitele požádat o zápis na pojistné plnění. V takovém případě přiložte kopii II. dílu uvedeného tiskopisu a ukončení PN doložte jeho V. dílem. Jete-li OSVČ neplatce nemocenského pojištění, doložte pracovní neschopnost pouze zprávou lékaře v části F. a výkrytí pracovní neschopnosti v části C. V případě, že jste příslušným úřadem práce evidován jako uchazeč o zaměstnání, doložte potvrzení o této skutečnosti.

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za pobyt v nemocnici, přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. jiný doklad – např. operační protokol, pokud jste byl(a) operován(a).

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za ošetřování dítěte, přiložte kopii úplné vyplněného II. dílu tiskopisu ČSSZ – 89 625 3 „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“.

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 včetně údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovávány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Ne poskytnutí 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. Sběratel údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 11 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

A. POJISTITEL			
Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobužní 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			
Jméno (příjmení)		Titul	
Adresa trvalého pobytu/úbytlivost		PSČ	
Město – část obce		Městský občan	
E-mail		Telefon	
C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI			
Číslo pojistné smlouvy			
Rozsah pracovní neschopnosti: Konec pracovní neschopnosti, PN čas pracovní neschopnosti (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)			
Rozsah pobytu v nemocnici: Konec pobytu v nemocnici, PN čas pobytu v nemocnici (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)			
Rozsah ošetřování dítěte: Konec ošetřování dítěte, PN čas ošetřování (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)			
Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (uvést) v době požití pracovní neschopnosti nebo ošetřování dítěte			
OSVČ: <input type="checkbox"/> platce <input type="checkbox"/> neplatce nemocenského pojištění. Prohláším, že po dobu pracovní neschopnosti jsem nepodléhal ani vyplácel žádnou samostatnou výdělečnou činnost.			
D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ			
Pojistné plnění poskytnu za (uveďte pouze jedno z možností)			
<input type="checkbox"/> Číslo účtu		Kód banky	
<input type="checkbox"/> Pojistitelní ústředí		Jméno a příjmení/ústav	
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/úbytlivost uveďte v části B.		Město, číslo popisné/ústejně, PSČ, obec	
Název pojistné společnosti nebo neupravené osobní údaje a jejich účel (zápisník, účet, atd., zdravotní).			
E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY			
<input type="checkbox"/> Rozhodnutí o dočasné PN		<input type="checkbox"/> Potvrzení výše příjmu	
<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva		<input type="checkbox"/> Důkazní protokol	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Jiné	
Prohláším, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. 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. Zmochytním tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu v souvislosti s výkonem práv a povinností pojistitele přimocující z pojistné smlouvy činil dohady, a to i po mé smrti, ohlédně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a dále bylo lékařem (zdravotnickým zařízením) o potřebě výplaty nebo oprav ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zdrojů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 31 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravuji přítalného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientům podle § 31 a násl. citovaného zákona.			
V dnešním dni 2011		Podpis záznamného státního, osobní pojištěný (správně osobní) příslušný	

Pro úrazy, které se staly v letech 2013 až 2016 postupujte podle tohoto návodu: [Více informací](#), příslušný formulář ke stažení [zde](#).

Vyplněné a potvrzené oznámení o škodné události se zasílá spolu s naskenovanou lékařskou dokumentací per e-mail na adresu oznameni.udalosti@pvzp.cz.