

# Úrazové pojištění členů platné od 1. 2. 2019 u Pojišťovny VZP, a.s.



**Pojištěnými osobami jsou** všechny subjekty sdružené v České unii sportu a to po dobu veškerých akcí a aktivit pořádaných nebo organizovaných těmito subjekty, včetně organizovaných cest na tyto akce (příkladem aktivit jsou sportovní utkání, tréninky, náborové a propagační akce). Pojištění je platné po celém světě.

**ROZSAH POJIŠTĚNÍ** naleznete v příloženém odkaze [ZDE](#).

Sken **POJISTNÉ SMLOUVY č.** naleznete [ZDE](#).

Sken **DODATKU Č. 1 K POJISTNÉ SMLOUVĚ č. 1310001770** [ZDE](#)

---

## **Oznámení škodní události:**

Vznik škodní události je nutné oznámit pojišťovně prostřednictvím:

**1.)** formuláře [Oznámení škodní události z úrazového pojištění](#) v případě škodní události smrti v důsledku úrazu, trvalých následků úrazu s progresí, denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu, nákladů na invalidní vozík a pohřebních výloh. Na druhé straně formuláře do „Doplňující poznámky“ je nutné uvést jméno a příjmení odpovědného pracovníka konkrétního sportovního svazu/klubu a potvrdit razítkem a podpisem skutečnost, že k pojistné události došlo u pojištěné osoby při pojištěné činnosti dle Čl. II. Pojistné smlouvy.

Formulář Oznámení škodní události z úrazového pojištění:



## Oznámení škodní události - ČOV

z kolektivního úrazového pojištění ČOV

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

<b>INFORMACE O POJIŠTĚNÉM</b>		<b>ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:</b> 1 3 1 0 0 0 1 7 7 0
Datum platnosti pojištění od:		do:
Příjmení:		Jméno:
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo: /
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		
		PSČ:
Telefon:	E-mail:	
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:		
<b>INFORMACE O ŽADATELI</b> (vypíšte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)		
Příjmení:		Jméno: Titul:
Rodné číslo: /		Vztah k pojištěnému:
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		
		PSČ:
Telefon:	E-mail:	
<b>ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI</b> (neslačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)		
Datum škodní události:	Místo:	Stát:
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:		
Vznikla škoda při provozování sportu?		
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Byla škodní událost seřazena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Vznikla škoda cizím zavěněním?		
Pokud ano, uveďte podrobnější informace:		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě?		
Pokud ano, uveďte číslo jehnací:		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<b>ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ</b>		
Název a adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:		od: do:
Uveďte, prosíme, informace o všech zdravotnických zařízeních v zahraničí a v České republice, kde jste byla (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřena, léčena nebo hospitalizována.		
Název a adresa zdravotnického zařízení:		od: do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	
Název a adresa zdravotnického zařízení:		od: do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	
Kdo a kde zjistil trvalé následky		
Název a adresa zdravotnického zařízení:		datum:
Jméno lékaře:	Odbornost:	
Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?		
Která část těla byla poraněna?		
Jak se trvalé následky úrazu projevují?		
Mě(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděny apod.)?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, popište:		
U končetin a párových orgánů označte stranu:		
		<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:		
		<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Byla tato část těla poškozena již před úrazem?		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz?		
Pokud ano, popište:		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:		

V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

U polítek s možností volby zakrškujte hodící se variantu.

ur\_ošu\_čov\_2015

K formuláři je nutno připojit doklady:

- kopii zdravotní dokumentace pojištěného týkající se úrazu
- v případě trvalých následků kopii dokumentace o průběhu léčení a rehabilitace a kopii lékařské zprávy po ustálení trvalých následků
- v případě úmrtí ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti
- kopii policejního protokolu v případě vyšetřování policií

**2.)** formuláře [Oznámení škodní události z pojištění pro případ pracovní neschopnosti](#) v případě denního odškodného po dobu pracovní neschopnosti z důvodu úrazu. Na druhou stranu formuláře pod „Požadovaná dokumentace“ je nutné uvést jméno a příjmení odpovědného pracovníka konkrétního sportovního svazu/klubu a potvrdit razítkem a podpisem skutečnost, že k pojistné události došlo u pojištěné osoby při pojištěné činnosti dle Čl. II. Pojistné smlouvy.

Formulář Oznámení škodní události z pojištění pro případ pracovní neschopnosti:



## Oznámení škodní události - ČOV z pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy:  
1 3 1 0 0 0 1 7 7 0

Ostisk razítka, datum převzetí a podpis

Vyplní pojištěný (zákonný zástupce/ opatrovník):

Jméno:	Příjmení:	Pojištěný	Titul:
Datum narození:		Rodné číslo:	Kód zdravotní pojišťovny:
Telefon:		e-mail:	
Ulice:			Korespondenční adresa:
PSC:			Číslo popisné:
Obec (dodávací pošta):			
Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro ušlý výdělek za dobu pracovní neschopnosti? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
U které, na jakou denní náhradu a čísla pojstek: .....			
K datu zahájení pracovní neschopnosti			
<input type="checkbox"/> jsem osoba se zdanitelnými příjmy a pracuji převážně <input type="checkbox"/> manuálně <input type="checkbox"/> duševně			
<input type="checkbox"/> OSVČ, předmět činnosti: .....			
Jste nemocensky pojištěn ve státním sociálním systému? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
<input type="checkbox"/> zaměstnanec v profesí			
Adresa zaměstnavatele / telefon: .....			
Došlo k datu přiznání PN k právním úkonům směřujícím k ukončení pracovního poměru? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
<input type="checkbox"/> jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské resp. rodičovské dovolené, studující, nezaměstnaný, důchodce, v domácnosti apod.)			
specifikujte: .....			
Jste registrován pro daň z příjmu fyzických osob? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Trpěl/a jste již dříve zdravotními problémy, které byly příčinou Vaší pracovní neschopnosti? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Diagnóza, popis onemocnění či úrazu: .....			
Jste úrazově pojištěn i u jiných komerčních pojišťoven? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
U kterých? .....			
Obdržel jste nebo obdržíte další náhradu mzdy za dobu trvání pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu (nemoc z povolání, pracovní úraz a podobně)? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Od koho, v jaké výši a za jaké období: .....			
Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
ode dne: .....			
Požádali jste SSZ nebo je vedeno řízení za účelem přiznání inv. důchodu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Následující odstavec vyplňte pouze v případě pracovní neschopnosti přiznané výlučně z důvodu úrazu:			
K úrazu došlo (den hodina): .....			
Místo: .....			
Která část těla byla poraněna? .....			
Byla tato část těla posízena již před tímto úrazem: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Jste levák? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: .....			
Jména a adresy případných svědků: .....			
Vyšetřovala úraz Policie České republiky? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Uveďte přesnou adresu útvaru Policie, jméno policisty a telefon: .....			
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži: .....			
Plnění poukáže <input type="checkbox"/> na účet číslo: .....			
<input type="checkbox"/> poukázku na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu			
..... praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného			
Jméno:		Příjmení:	Telefon:
Adresa - ulice, číslo popisné, PSC a obec (dodávací pošta): .....			
Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodní události podal/a pouze toto oznámení. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojištěného plnit. Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala ve škerou pošta brouu zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu. Svým podpisem zproutřuji lékaře a zaměstnance zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti mlčenlivosti a zmožuji je k poskytnutí potřebných informací pojišťovně k ukončení likvidace pojistné události.			
V ..... dne .....			
Podpis pojištěného (zákonného zástupce/ opatrovníka)			

PN\_OŠU\_ČOV\_2018

K formuláři je nutno připojit doklady:

- zdravotní dokumentaci pojištěného týkající se pracovní neschopnosti

- doklad o pracovní neschopnosti
- kopii policejního protokolu v případě vyšetřování policií
- kopii propouštěcí zprávy v případě hospitalizace

Případné další potřebné doklady jsou uvedeny v [pojistných podmínkách včetně oceňovacích tabulek](#).

Pojišťovna posoudí úplnost předložených dokladů o nahlášení škodní události, případně si vyžádá další dokumenty relevantní k šetření.