



# Oznámení škodné události Trvalé následky – část A

Číslo škodné události (vyplní Europ Assistance s.r.o.) .....

## OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno .....

Příjmení .....

Rodné číslo .....  /

Datum narození .....

Kontaktní telefon .....

## KONTAKTNÍ ADRESA

Ulice .....

Číslo domu .....

Město .....

PSČ .....

Souhlasím, abyste mi veškerou komunikaci k této škodné události posílali elektronicky. Ne .....

Emailová adresa .....

## INFORMACE O POJISTCE

Pojištění platí od .....

Počátek cesty .....

Konec cesty .....

Destinace (stát, město)

Soukromá cesta .....

Pracovní cesta .....

## INFORMACE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Datum a čas úrazu .....

Místo úrazu .....

Datum čas prvního ošetření .....

Místo prvního ošetření  
(název, adresa)

Podrobně popište .....  
vznik, okolnosti a  
činnost, při které došlo  
k úrazu

Řešili jste událost s naší asistencí? Ano ...  Ne .....

Pokud ne, uveďte .....  
důvod

## INFORMACE O VINÍKOVI/POLICEJNÍM ŠETŘENÍ

Došlo k úrazu cizím zaviněním?      Ano ...     Ne .....

Vznikl úraz při události, kterou řešila policie?      Ano ...     Ne .....

Jméno viníka .....

Kontakt na viníka .....

Datum a čas oznámení .....

Adresa místní služebny .....

Popište, jaký je váš .....  
vztah k viníkovi

## JMÉNO, PŘÍJMENÍ, ADRESY A TELEFONNÍ KONTAKTY SVĚDKŮ UDÁLOSTI A VÁŠ VZTAH K NIM

Máte kontakt na svědky úrazu?      Ano ...     Ne .....

Svěděk 1 .....

Svěděk 2 .....

Svěděk 3 .....

Svěděk 4 .....

Svěděk 5 .....

## KAM VÁM MŮŽEME POSLAT POJISTNÉ PLNĚNÍ

Název banky .....

Číslo účtu .....       Kód banky .....

## PRO LIKVIDACI VAŠÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI POTŘEBUJEME:

- Veškerou zdravotnickou dokumentaci ze zahraničí
- Veškerou lékařskou dokumentaci vztahující se k léčení úrazu po návratu do České republiky (od specialistů, včetně popisů rentgenů, propouštěcích zpráv, apod.)
- Originál policejního protokolu
- Případně další doklady prokazující vzniklou událost (pozn.: pojistitel si může v rámci šetření vyžádat další doklady)

Tento vyplněný formulář spolu s výše uvedenými dokumenty, prosím, zašlete na adresu:

**Europ Assistance s. r. o.**  
**Oddělení likvidace**  
**Na Pankráci 1658/121**  
**140 00 Praha 4**

## PROHLÁŠENÍ A ZÁVĚR

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nezamíchl(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škody a stanovení výše náhrady. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se pojištěný vystavuje nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.). Souhlasím, aby Europ Assistance s.r.o. zpracovávala dle zákona o ochraně osobních údajů mé osobní údaje, které získala v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence závazků vyplývajících z pojistné smlouvy nebo s ní souvisejících.

Datum .....       Místo .....

Vlastnoruční podpis ....



# Oznámení škodné události

## Trvalé následky – část B

Číslo škodné události (vyplní Europ Assistance s.r.o.) .....

### ZHODNOCENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ OBVODNÍM LÉKAŘEM VČETNĚ UVEDENÍ DIAGNÓZ A JEJICH KÓDŮ

Pro samotné zhodnocení je možné použít vyhlášku 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění

Odpovídá poškození okolnostem, které klient uvedl? Ano ...  Ne .....

Existovalo poškození již před úrazem? (Pokud ano, v jakém rozsahu) Ano ...  Ne .....

Lékař detailně popisuje  
aktuální tělesné  
poškození

Byl klient v době úrazu pod vlivem alkoholu/omamných látek? Ano ...  Ne .....

Došlo ke zranění sebepoškozením? Ano ...  Ne .....

Je rozsah trvalých následků ustálen? Ano ...  Ne .....

Předpoklad ustálení .....

**Hospitalizace?** Od: .....  Do: .....

**Pevná fixace?** Od: .....  Do: .....

**Rehabilitace?** Od: .....  Do: .....

**Pracovní neschopnost?** Od: .....  Do: .....

Jiná sdělení lékaře .....

Datum .....

Razítko a podpis .....  
lékaře