

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY (OČR)

Těší nás, že máte pojištění právě u nás a věříme, že vám pomůžeme zvládnout vaši nelehkou situaci.

Sepsali jsme souhrn nejdůležitějších bodů, díky kterým můžeme vaši událost vyřídit co nejrychleji. Prosím věnujte jim pozornost.

1. Následující formulář můžete vyplnit elektronicky (není nutné jej tisknout).
2. **Nezapomeňte uvést váš e-mail a telefon**, potřebujeme je k tomu, abychom vám mohli posílat i zabezpečenou komunikaci a vy nebudete muset chodit na poštu. **Naše komunikace díky tomu bude co nejrychlejší.**
3. Pro vyřízení události **potřebujeme následující doklady** (pouze kopii, sken či foto):

Vždy:

- vyplněný formulář **Oznámení škodní události** (níže)
- doklad prokazující snížení příjmu podle vaší situace**, lze použít jedno z následujících:
 - a) rozhodnutí krajské pobočky úřadu práce ve věci žádosti o příspěvek na péči při OČR
 - b) potvrzení zaměstnavatele o čerpání neplaceného volna
 - c) zápočtový list a potvrzení zaměstnavatele o skončení pracovního poměru z důvodu ošetřování
 - d) potvrzení o zrušení živnosti

Pro body b) a c) lze použít Dotazník o zaměstnání – ke stažení / tisku [zde](#)
Pro body c) a d) je nutno dodat také potvrzení o evidenci na úřadu práce pro potvrzení trvání poklesu příjmu
- doklad prokazující vztah pojištěného k ošetřovanému členu rodiny**
- doklad prokazující vztah ošetřovatele, není-li jím pojištěný, k pojištěnému**
- souhlas ošetřovaného se zpracováním údajů** pro šetření události – ke stažení / tisku [zde](#)

a) V případě, že pečujete o člena rodiny ze zdravotních důvodů:

- lékařské zprávy s popisem nemoci/úrazu** – zdravotní dokumentace týkající se aktuálního ošetřování
- lékařem potvrzené Rozhodnutí o potřebě ošetřování (formulář OČR) nebo lékařskou zprávu potvrzující nutnost ošetřování**

A pokud:

- ošetřovaný absolvoval vyšetření specialistou **lékařskou zprávu s výsledkem vyšetření / diagnózou**
- ošetřovaný absolvoval zobrazovací vyšetření zad **popis výsledku vyšetření** (např. RTG, MRI, CT, SONO)
- ošetřovaný byl hospitalizován **propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení**
- ošetřovaný podstoupil operaci **operační protokol**

V případě, že zdravotní **dokumentaci nemáte, požádejte o ni praktického lékaře nebo specialistu ošetřovaného**, u kterého se s hlášenými obtížemi léčí. Stačí, když si dokumentaci vyfotíte mobilním telefonem a pošlete nám ji e-mailem.

Bude-li nám nějaký doklad chybět, budeme si ho od vás muset vyžádat a šetření vaší události se tak zbytečně protáhne.

b) V případě, že pečujete o člena rodiny kvůli neplánovanému uzavření školských zařízení:

- potvrzení o čerpání ošetřovného vystavené ČSSZ a potvrzené zaměstnavatelem**

4. **Všechny potřebné doklady pošlete najednou na e-mail: czinfo@cardif.com.**

Zasláním všech **dokladů společně e-mailem urychlíte řešení** vaší události.

Na každý e-mail, který nám pošlete, obdržíte automatickou odpověď. Pokud vám tato odpověď nepříjde, e-mail pravděpodobně překročil maximální dovolenou velikost. Zkuste prosím zmenšit velikost tím, že zaslané dokumenty rozdělíte do více e-mailů.

Na **našem webu** najdete další možnosti, jak nahlásit událost a pokud máte nějaké otázky, ozvěte se nám na naše **Klientské centrum**.

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY (OČR)

POJIŠTĚNÁ OSOBA

Pojištěná osoba (jméno a příjmení):

Rodné číslo: / Datum narození:

Stát narození: Státní příslušnost:

Číslo smlouvy (např. číslo úvěrového účtu):

Telefon*: + E-mail*:

*v případě uvedení souhlasíte s použitím tohoto údaje pro komunikaci týkající se této události

Pokud jste OSVČ, uveďte prosím vaše IČO:

ADRESA

Adresa trvalého pobytu:

Ulice:

Č.p. / Č.or.: Obec:

Stát: PSČ:

Korespondenční adresa, pokud je odlišná od trvalé:

Ulice:

Č.p. / Č.or.: Obec:

Stát: PSČ:

UDÁLOST

Údaje k události

Hlásíte událost kvůli: nemoci / úrazu člena rodiny péči o člena rodiny kvůli uzavření školského zařízení

Datum počátku ošetřování člena rodiny:

Ošetřovatel, který se stará o člena rodiny, je:

pojištěná osoba manžel/manželka pojištěného registrovaný/á partner/ka pojištěného druh/družka pojištěného

Jméno a příjmení: Rodné číslo: /

Člen rodiny, o kterého se ošetřovatel stará, je jeho:

manžel/manželka dítě rodič registrovaný/á partner/ka pojištěného druh/družka pojištěného

Jméno a příjmení: Rodné číslo: /

NEMOC / ÚRAZ

Pokud hlásíte kvůli nemoci / úrazu člena rodiny, vyplňte následující otázky a dále kontakty na lékaře a specialistu:

Byl nebo je ošetřovaný člen rodiny uznán invalidním?

Ano Ne od do Stupeň

Šetřila událost Policie ČR? Pokud ano, uveďte, prosím, adresu:

ADRESA LÉKAŘE

Kontakt na ošetřujícího (praktického) lékaře

Lékař (jméno a příjmení): Telefon:

Adresa ordinace Ulice: Č.p./Č.or.:

Obec: PSČ:

Kontakt na specialistu, který řešil zdravotní problém, který hlásíte

Lékař (jméno a příjmení):

Telefon:

Adresa ordinace Ulice:

Č.p./Č.or.:

Obec:

PSČ:

Údaje k případné výplatě pojistného plnění

Číslo účtu pro případnou výplatu pojistného plnění a proplacení nákladů: – /

Jste vlastníkem výše uvedeného čísla účtu? Ano Ne

Pokud nejste vlastníkem účtu, vyplňte prosím údaje o vlastníkovi:

Jméno a příjmení: Státní příslušnost:

Datum narození: Stát narození:

Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo popisné/orientační, město, PSČ, stát):

Korespondenční adresa, pokud je odlišná od trvalé (ulice, číslo popisné/orientační, město, PSČ, stát):

Odesláním tohoto formuláře potvrzuji, že mnou uvedené informace jsou úplné a pravdivé, nezamlčel/a jsem žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv na šetření události a stanovení výše pojistného plnění.

V případě, že u elektronického odeslání formuláře vzniknou pochybnosti ohledně identifikace odesílatele tohoto formuláře, můžeme požadovat doplnění v písemné listinné formě. Zároveň je naší povinností Vás informovat, že elektronická komunikace nemusí být vždy plně bezpečná.

Pokud mi vznikne právo na pojistné plnění, žádám o jeho poukázání na výše uvedené bankovní spojení. Pokud uvádím pro výplatu pojistného plnění účet jiné osoby, musím ji seznámit s tím, že dojde ke zpracování jejích osobních údajů, jak bude zpracování probíhat a poskytnout jí informaci o zpracování osobních údajů. Dále se zavazuji informovat ji o tom, že údaje budou zpracovávány i za účelem boje proti pojišťovacím podvodům, praní špinavých peněz nebo financování terorismu a plnění povinností souvisejících s mezinárodními sankcemi a embargy. Podmínky zpracování osobních údajů jsou v Informaci o zpracování osobních údajů, která je k dispozici na www.cardif.cz v sekci **Osobní údaje**.

Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval údaje o mém nemocenském a důchodovém pojištění, a zbavuji orgány státní správy povinnosti zachovávat o těchto údajích mlčenlivost.

V dne

Podpis oznamovatele
(pouze pokud formulář tisknete)

Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci (www.adr.coi.cz). Další možností pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v oblasti neživotního pojištění je i Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven. Více informací naleznete na www.ombudsmanap.cz. Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

Tento **vyplněný** formulář zašlete společně s vypsánými doklady na e-mail: czinfo@cardif.com.

Pošlete (vždy pouze kopie - sken, či foto):

Vždy:

- doklad prokazující snížení příjmu podle vaší situace
- doklad prokazující vztah pojištěného k ošetřovanému členu rodiny
- doklad prokazující vztah ošetřovatele, není-li jím pojištěný, k pojištěnému
- souhlas ošetřovaného se zpracováním údajů pro šetření události

Podle vaší situace pošlete prosím i další potřebné doklady, které máte na první stránce dokumentu.

Bude-li nám nějaký doklad chybět, budeme si ho od vás muset vyžádat a šetření vaší události se tak zbytečně protáhne.