

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – INVALIDITA

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)
- posudek o invaliditě od Okresní správy sociálního zabezpečení**
- zprávu z úplně první návštěvy u lékaře vztahující se k vašemu zdravotnímu problému**
 - potřebujeme zjistit přesné datum počátku vašich zdravotních obtíží / úrazu, které způsobily vaši invaliditu
 - v případě invalidity následkem **úrazu** potřebujeme **zprávu z prvotního ošetření s popisem úrazového děje**

V případě, že jste v souvislosti s hlášenou nemocí / úrazem:

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

Pošlete nám **i další doklady a lékařské zprávy z minulosti**, které máte ve zdravotní dokumentaci k této nemoci nebo úrazu – mohou nám pomoci při posuzování vaší události.

4. V případě že zdravotní **dokumentaci nemáte, požádejte o ni svého praktického lékaře nebo specialistu**, u kterého jste se s hlášenými obtížemi léčil/a. 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.**
5. **Všechny potřebné doklady pošlete najednou na e-mail: airbank.pojisteni@cardif.cz.** Zasláním všech **dokladů společně e-mailem urychlíte řešení** vaší události.

Na každý e-mail, který nám pošlete, obdržíte automatickou odpověď. Pokud vám tato odpověď nepřijde, 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 – INVALIDITA

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

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

Jaké stupeň invalidity vám byl přiznán (stupeň, pro který hlásíte událost)? I. stupeň II. stupeň III. stupeň

Datum, ke kterému vám byla přiznána invalidita:

Léčil/a jste se s onemocněním, případně stejným úrazem, který je důvodem invalidity, už v minulosti?

Ano Ne Kdy

Byla vám již v minulosti přiznána invalidita?

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:

ADRESA SPECIALISTY

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 spojených s událostí:

 - / 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 pojišťovacímu 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, že pojistitel nebo pověřený poskytovatel zdravotnického zařízení si může pro účely šetření a likvidace škodní, respektive pojistné, události a plnění práv a povinností z pojistné smlouvy vyžádat od kteréhokoliv poskytovatele zdravotních služeb informace o mém zdravotním stavu, včetně lékařských zpráv a zdravotnické dokumentace, pojistitel je oprávněn vyžádat si informace od orgánů sociálního zabezpečení o mém nemocenském a důchodovém pojištění, pojistitel je oprávněn vyžádat si informace od mé zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného pojištění, které mi byly poskytnuty, to vše v rozsahu nezbytném pro provedení řádného šetření škodní události a výkon pojišťovací činnosti a zároveň všechny výše uvedené zbavuji mlčenlivosti o požadovaných skutečnostech.

Souhlasím s tím, že mě může pojišťovna poslat na prohlídku k lékaři a prohlídce se podrobím v lékařském zařízení, které pojišťovna určí.

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.ombudsmancap.cz. Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovatelé nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.Tento **vyplněný** formulář zašlete společně s vypsányimi doklady na e-mail: airbank.pojisteni@cardif.cz.

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

Vždy:

- **posudek o invaliditě od Okresní správy sociálního zabezpečení**
- **zprávu z úplně první návštěvy u lékaře vztahující se k vašemu zdravotnímu problému**
 - potřebujeme zjistit přesné datum počátku vašich zdravotních obtíží / úrazu, které způsobily vaši invaliditu
 - v případě invalidity následkem **úrazu** potřebujeme **zprávu z prvotního ošetření s popisem úrazového děje**

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.