

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 živnostiPro 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: 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 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:

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:
ÚČET
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):

PROHLÁŠENÍ

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.ombudsmancap.cz. Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

POKYNY

 Tento **vyplněný** formulář zašlete společně s vypsánými doklady na e-mail: airbank.pojisteneni@cardif.cz.

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.