

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – OŠETROVANIE ČLENA RODINY (OČR)

Teší nás, že máte poistenie práve u nás a veríme, že vám pomôžeme zvládnuť vašu neľahkú situáciu.

Spísali sme súhrn najdôležitejších bodov, vďaka ktorým môžeme vašu udalosť vyriešiť čo najrýchlejšie. Prosím venujte im pozornosť.

1. Nasledujúci **formulár vyplňte elektronicky**.
2. **Nezabudnite uviesť váš e-mail a telefón**, potrebujeme ich k tomu, aby sme vám mohli poselať aj zabezpečenú komunikáciu a vy nebudete musieť chodiť na poštu. **Naša komunikácia bude vďaka tomu čo najrýchlejšia**.
3. Pre vyriešenie udalosti **potrebujeme nasledujúce doklady** (vždy iba kópiu - sken, či foto):

Vždy:

- vyplnený formulár **Oznámenie škodovej udalosti** (nižšie)
- doklad preukazujúci zníženie príjmu podľa vašej situácie**, môžete použiť jedno z nasledujúcich:
 - a) rozhodnutie pobočky úradu práce vo veci žiadosti o príspevok na opatrovanie pri OČR
 - b) potvrdenie zamestnávateľa o čerpaní neplateného voľna
 - c) zápočtový list alebo potvrdenie zamestnávateľa o skončení pracovného pomeru z dôvodu opatrovania
 - d) potvrdenie o zrušení živnostiPre body b) a c) môžete použiť Dotazník o zamestnaní – stiahnite [tu](#)
- doklad preukazujúci vzťah poisteného k ošetrovanému členovi rodiny**
- doklad preukazujúci vzťah ošetrovateľa, ak ním nie je poistený, k poistenému**
- súhlas ošetrovaného so spracovaním údajov** pre šetrenie udalosti – stiahnite [tu](#)

b) V prípade, že sa staráte o člena rodiny zo zdravotných dôvodov:

- lekárske správy s popisom ochorenia/úrazu** – zdravotná dokumentácia týkajúca sa aktuálneho ošetrovania
- lekárom potvrdené Rozhodnutie o potrebe ošetrovania (formulár OČR) alebo lekársku správu potvrdzujúcu nutnosť ošetrovania**

A pokiaľ:

- ošetrovaný absolvoval vyšetrenie špecialistom **lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou**
- ošetrovaný absolvoval zobrazovacie vyšetrenie **popis výsledku vyšetrenia** (napr. RTG, MRI, CT, SONO)
- ošetrovaný bol hospitalizovaný **prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia**
- ošetrovaný podstúpil operáciu **operačný protokol**

V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu praktického lekára alebo špecialistu ošetrovaného**, u ktorého sa s hlásenými ťažkosťami lieči. Stačí, keď si dokumentáciu vyfotíte mobilným telefónom a pošlete nám ju e-mailom.

a) V prípade, že sa staráte o člena rodiny kvôli neplánovanému uzatvoreniu školských zariadení:

- potvrdenie o čerpaní ošetrovaného potvrdené zamestnávateľom**

4. **Všetky potrebné doklady pošlite spolu na e-mail: cardifslovakia@cardif.com**. Zaslaním všetkých **dokladov spolu e-mailom urýchlite riešenie** udalosti.

Na **našom webe** nájdete ďalšie možnosti, ako nahlásiť udalosť a pokiaľ máte nejaké otázky, ozvite sa nám na naše **Klientske centrum**.

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – OŠETROVANIE ČLENA RODINY (OČR)

POISTENÝ

Poistený (meno a priezvisko): Rodné číslo: / Dátum narodenia: Štát narodenia: Štátna príslušnosť: Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu): Telefón*: + E-mail*:

*v prípade uvedenia súhlasíte s použitím tohto údaju pre komunikáciu týkajúcu sa tejto udalosti

Pokial' ste SZČO, uveďte prosím vaše IČO:

ADRESA

Adresa trvalého pobytu:Ulica: Súpisné číslo: Obec: Štát: PSČ: **Korešpondenčná adresa, pokiaľ je odlišná od trvalej:**Ulica: Súpisné číslo: Obec: Štát: PSČ:

UDALOSŤ

Údaje k udalostiHlásite udalosť kvôli: ochoreniu/úrazu člena rodiny ošetrovaniu člena rodiny pre uzatvorenie školského zariadeniaDátum začiatku ošetrovania člena rodiny: **Ošetrovateľ, ktorý sa stará o člena rodiny, je:** poistený manžel/manželka poisteného registrovaný/á partner/ka poisteného druh/družka poistenéhoMeno a priezvisko: Rodné číslo: / **Člen rodiny, o ktorého sa ošetrovateľ stará, je jeho:** manžel/manželka dieťa rodič registrovaný/á partner/ka poisteného druh/družka poistenéhoMeno a priezvisko: Rodné číslo: /

CHOROBA / ÚRAZ

Pokiaľ hlásite kvôli ochoreniu/úrazu člena rodiny, vyplňte nasledujúce otázky a kontakty na lekára a špecialistu:Bol alebo je ošetrovaný člen rodiny uznaný invalidným? Áno Nie od do Vyšetruvala udalosť Polícia SR? Pokiaľ áno, uveďte, prosím, adresu:

Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekára

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:
Adresa ordinácie: Ulica: Súpisné číslo:
Obec: PSČ:

Kontakt na špecialistu, ktorý riešil zdravotný problém, ktorý hlásite

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:
Adresa ordinácie: Ulica: Súpisné číslo:
Obec: PSČ:

Údaje k prípadnej výplате poistného plnenia

Číslo účtu v tvare IBAN pre prípadnú výplatu poistného plnenia a preplatenia nákladov poisteného:

Odoslaním tohto formulára potvrdzujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, nezamlčal/a som žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia.

V prípade, že pri elektronickom odoslaní formulára vzniknú pochybnosti ohtľadom identifikácie odosielateľa tohto formulára, môže poisťiteľ požadovať doplnenie v písomnej listinnej forme. Zároveň je našou povinnosťou vás informovať, že elektronická komunikácia nemusí byť vždy úplne bezpečná.

Pokiaľ mi vznikne právo na poistné plnenie, žiadam o jeho poukázanie na vyššie uvedené bankové spojenie.

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ zisťoval údaje o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, a zbavujem orgány štátnej správy povinnosti zachovávať o týchto údajoch mlčanlivosť.

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracovávať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Za týmto účelom splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrojúcimi lekármi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu.

V dňa

Podpis oznamovateľa
(pokiaľ formulár tlačíte)

Za účelom mimosúdneho riešenia sporu v neživotnom poistení je možné sa obrátiť na Slovenskú obchodnú inšpekciu (www.soi.sk). Ďalšou možnosťou pro mimosúdne riešenie spotrebiteľských sporov v oblasti poistenia je aj Útvar ombudsmana Slovenskej asociácie poisťovní. Viac informácií nájdete na www.poisťovaciombudsman.sk. Podmienkou zahájenia postupu mimosúdneho riešenia sporu je skutočnosť, že sa sťažovateľovi nepodarilo vyriešiť spor priamo s poisťovňou.

Tento **vyplnený** formulár zašlite spoločne s vypísanými dokladmi na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.

Pošlite (vždy iba kópiu - sken, či foto):

Vždy:

- doklad preukazujúci zníženie príjmu podľa vašej situácie
- doklad preukazujúci vzťah poisteného k ošetrovanému členovi rodiny
- doklad preukazujúci vzťah ošetrovateľa, ak ním nie je poistený, k poistenému
- súhlas ošetrovaného so spracovaním údajov pre šetrenie udalosti

Podľa vašej situácie pošlite prosím taktiež ďalšie potrebné doklady, ktoré máte na prvej stránke dokumentu.

Pokiaľ nám bude nejaký doklad chýbať, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.