

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO

Vaše ztráta nás velmi mrzí a vynasnažíme se udělat maximum pro to, abychom vám pomohli 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)
- úmrtní list**
- zprávu z úplně první návštěvy u lékaře vztahující se ke zdravotnímu problému pojištěné osoby**
 - potřebujeme zjistit přesné **datum počátku zdravotních obtíží / úrazu**, které způsobily úmrtí pojištěné osoby
 - v případě úmrtí následkem **úrazu** potřebujeme **zprávu z prvotního ošetření s popisem úrazového děje**

V případě, že nemůžete získat zdravotní dokumentaci, poskytněte nám prosím jméno ošetřujícího lékaře nebo lékařského zařízení, které ošetřovalo pojištěnou osobu před smrtí.

V případě, že:

- pojištěná osoba absolvovala vyšetření specialistou **lékařskou zprávu s výsledkem vyšetření / diagnózou**
- pojištěná osoba absolvovala zobrazovací vyšetření **popis výsledku vyšetření**
- pojištěná osoba byla s nemocí/úrazem hospitalizována **propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení**
- pojištěná osoba podstoupila kvůli nemoci/úrazu operaci **operační protokol**
- byla provedena pitva **pitevni protokol**
- událost vyšetřovala Policie ČR **protokol s výsledkem šetření**
- je důvodem úmrtí pojištěné osoby sebevražda **kompletní protokol od Policie ČR**

Pošlete nám **i další doklady, které jsou případně součástí zdravotní dokumentace** – mohou nám pomoci při posuzování vaší události.

4. V případě, že zdravotní **dokumentaci nemáte, požádejte o ni praktického lékaře nebo specialistu pojištěné osoby**, u kterého se s obtížemi, které souvisely s úmrtím, léčila. Stačí, když si dokumentaci vyfotíte mobilním telefonem a pošlete nám ji e-mailem. **Pokud vám lékař či specialista nevydá zdravotní dokumentaci, poskytněte nám prosím níže jejich adresu a my se na ně obrátíme s prosbou o řešení. Bude-li nám nějaký doklad chybět, šetření události se protáhne z důvodu jeho vyžádání od vás či lékaře.**
5. **Všechny potřebné doklady pošlete najednou na e-mail: czinfo@cardif.com.**
Zasláním všech **dokladů společně e-mailem urychlíte řešení 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 zasláné 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 – ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO

POJIŠTĚNÁ OSOBA

Pojištěná osoba (jméno a příjmení):

Rodné číslo: / Datum narození:

Stát narození: Státní příslušnost:

Číslo smlouvy (např. číslo úvěrového účtu):

OZNAMOVATEL UDÁLOSTI

Údaje o oznamovateli události

Jméno a příjmení oznamovatele:

Telefon*: + E-mail*:

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

Kontaktní adresa oznamovatele:

Ulice:

Č.p. / Č.or.: Obec:

Stát: PSČ:

UDÁLOST

Údaje k události

Datum úmrtí:

Uveďte prosím stručný popis události:

Byla pojištěnému přiznána invalidita? Ano Ne od do Stupeň

Byl pojištěnému přiznán starobní důchod? Ano Ne od

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

Uveďte prosím jméno a adresu notáře pověřeného pozůstalostním řízením:

ADRESA LÉKÁŘE

Kontakt na ošetřujícího (praktického) lékaře pojištěné osoby:

Lékař (jméno a příjmení): Telefon:

Adresa ordinace Ulice: Č.p./Č.or.:

Obec: PSČ:

ADRESA SPECIALISTY

Kontakt na specialistu, který řešil zdravotní problém pojištěné osoby související s úmrtím:

Lékař (jméno a příjmení): Telefon:

Adresa ordinace Ulice: Č.p./Č.or.:

Obec: PSČ:

Údaje k vyplacení případných nákladů spojených s událostíČíslo účtu pro vyplacení případných nákladů spojených s událostí: - / **Vyplňte prosím údaje o vlastníkovi tohoto účtu:**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, může pojistitel požadovat doplnění v písemné listinné formě. Zároveň je naší povinností Vás informovat, že elektronická komunikace nemusí být vždy plně bezpečná.

Potvrzuji, že jsem seznámen/a s pojistnou smlouvou uzavřenou mezi BNP Paribas Cardif Pojišťovnou, a.s. a pojistníkem, kterou se pojištění řídí, včetně příslušných všeobecných pojistných podmínek. Beru na vědomí, že případné pojistné plnění bude poukázáno obmyšlené osobě určené dle pojistné smlouvy. Pokud mi vznikne právo na pojistné plnění z pojistné události smrti pojištěného, 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.

Jsem si vědom/a toho, že v souvislosti s pojištěním a šetřením události dochází ke zpracování osobních údajů pojistitelem pro účely výkonu pojišťovací činnosti, včetně šetření škodní události, a pro účely plnění právních povinností a naplnění oprávněných zájmů svých i třetích osob. Podrobné informace o zpracování osobních údajů, včetně poučení subjektu údajů o jeho právech, jsou uvedeny v Informaci o zpracování osobních údajů, která je zveřejněna a jejíž vždy aktuálně platná verze je uvedena na webové stránce www.cardif.cz, v sekci **Osobní údaje**.

Odesláním tohoto formuláře prohlašuji, že jsem se seznámil/a s Informací o zpracování osobních údajů.

V dne Podpis oznamovatele
(pouze pokud formulář tisknete)

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra. Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou. Více informací naleznete na www.financniarbitr.cz.

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

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

Vždy:

- **úmrtní list**
- **zprávu z úplně první návštěvy u lékaře vztahující se ke zdravotnímu problému pojištěného**
 - potřebujeme zjistit **přesné datum počátku** zdravotních obtíží / úrazu, které způsobili úmrtí pojištěné osoby
 - u **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 muset vyžádat a šetření události se tak zbytečně protáhne.