

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ÚRAZ

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** kromě tohoto vyplněného formuláře také **následující doklady** (pouze kopii, sken či foto) podle toho, jaký následek úrazu hlásíte (v případě, že hlásíte více typů najednou, dodejte prosím všechny relevantní doklady). Pokud hlásíte úraz, který se stal členovi vaší rodiny, pak budeme potřebovat navíc také jeho souhlas se zpracováním informací o zdravotním stavu:

V případě trvalých následků úrazu:

- lékařskou zprávu z kompletního průběhu léčení následků včetně vyjádření specialisty k trvalým následkům

V případě chirurgického zákroku po úrazu:

- propouštěcí zprávu z hospitalizace nebo lékařskou zprávu s popisem proběhlého chirurgického zákroku

V případě hospitalizace po úrazu:

- konečnou propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení
- zdravotní dokumentaci o průběhu léčby
- lékařské zprávy z prvního ošetření bezprostředně po úrazu

V případě doprovodu dítěte při hospitalizaci:

- doklad prokazující doprovod v nemocnici (např. lékařskou či propouštěcí zprávu, kde je tato informace uvedena, doklad o zaplacení nadstandardu, doklad od zaměstnavatele o vybrané dovolené apod.)

V případě ošetřování pojištěného nebo člena rodiny v důsledku úrazu

- doklad prokazující potřebu ošetřování (např. propouštěcí zpráva, lékařská zpráva, operační protokol apod.)
- doklad prokazující vztah pojištěného k ošetřovanému členu rodiny, není-li ošetřovaným pojištěný
- doklad prokazující vztah pojištěného k ošetřovateli, není-li ošetřovatelem pojištěný
- lékařské zprávy s popisem úrazu – zdravotní dokumentace týkající se aktuálního 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

4. V případě že zdravotní **dokumentaci nemáte, požádejte o ni lékaře nebo specialistu**, který vás nebo člena vaší rodiny v souvislosti s úrazem léčil nebo ošetřoval. **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: 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 – ÚRAZ

POJIŠTENÁ OSOBA

Pojištěný, který sjednal pojištění (jméno a příjmení): Rodné číslo: / Datum narození: Stát narození: Státní příslušnost: 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.: Dodatek (číslo bytu apod.): Obec: PSČ: Stát:

Korespondenční adresa, pokud je odlišná od trvalé:

Ulice: Č.p. / Č.or.: Dodatek (číslo bytu apod.): Obec: PSČ: Stát:

UDÁLOST

Hlášený úraz se stal

- pojištěné osobě (majitel účtu nebo pojištěný junior)
- dítěti pojištěné osoby do 18 let věku (doložte [souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu dítěte](#))
- partnerovi / partnerce pojištěné osoby (doložte [souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu dospělého](#))
- jinému členovi rodiny v případě ošetřování pojištěnou osobou nebo jeho partnerem / partnerkou (doložte souhlas dle věku viz výše)

Údaje o osobě, které se stal úraz, pokud je odlišná od osoby, která sjednala pojištění

Jméno a příjmení: Datum narození: Adresa Ulice: Č.p./Č.or.: Obec: PSČ:

V rámci úrazového pojištění chcete uplatnit (zaškrtněte všechny relevantní)

- trvalé následky úrazu chirurgický zákrok po úrazu hospitalizaci po úrazu
- ošetřování člena rodiny v důsledku úrazu doprovod dítěte při hospitalizaci následkem úrazu

Údaje k události

Datum úrazu:

Popište, co se stalo:

Šetřila událost Policie ČR? Ne Ano - v tomto případě prosím doložte také policejní protokolJste, popř. byl/a jste, uznán/a invalidním? Ne Ano - Od: Do: Stupeň:

Kontakt na ošetřujícího lékaře či specialisty, u kterého jste se vy nebo člen rodiny léčil s hlášeným úrazem

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, 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.

Beru na vědomí, že pokud u elektronického odeslání formuláře vzniknou pochybnosti ohledně identifikace odesílatele tohoto formuláře, může pojišťovna 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 ji informovat 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, že si pojistitel nebo pověřený poskytovatel zdravotnického zařízení pro účely šetření a likvidace škodní, respektive pojistné, události může vyžádat informace o mém zdravotním stavu a souhlasím s poskytnutím těchto informací. Informace lze vyžádat od kteréhokoli poskytovatele zdravotních služeb, který mi poskytl zdravotní službu, a to prostřednictvím lékařských zpráv a zdravotnické dokumentace. Také lze vyžádat informace od institucí sociálního zabezpečení a od mé zdravotní pojišťovny o mě poskytnutých službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Zprošťuji je jejich zákonné povinnosti mlčenlivosti o skutečnostech, které se dozvěděli v souvislosti s mojí osobou a mým zdravotním stavem.

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.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 doklady vypsányými na první straně (vždy pouze sken, či foto) na e-mail: czinfo@cardif.com. Bude-li nám nějaký doklad chybět, budeme si ho od vás muset vyžádat a šetření vaší události se tak zbytečně protáhne.