

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 škodovú udalosť vybaviť 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 vybavenie škodovej 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](#)

a) 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.

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

- potvrdenie o čerpaní ošetrovného potvrdené zamestnávateľom**

4. **Všetky potrebné doklady pošlite spolu na e-mail: cardifslovakia@cardif.com**.

Zaslaním všetkých dokladov spolu e-mailom urýchlite riešenie udalosti.

5. Na **našom webe** nájdete ďalšie informácie a ak by ste mali nejaké otázky, ozvite sa nám na naše **Klientske centrum**.

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – OŠETROVANIE ČLENA RODINY (OČR)

Poistený (meno a priezvisko): Štátna príslušnosť:
Rodné číslo: / Druh a číslo dokladu totožnosti: Dátum narodenia*:
Telefón**: + E-mail**:

* vyplniť, ak rodné číslo nebolo pridelené ** v prípade uvedenia súhlasíte s použitím tohoto údaju pre komunikáciu

Pokiaľ ste SZČO, uveďte prosím vaše IČO:

Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu):

Adresa trvalého pobytu:

Ulica: Súpisné číslo: Číslo bytu/domu:
Obec: PSČ: Štát:

Korešpondenčná adresa, pokiaľ je odlišná od trvalej:

Ulica: Súpisné číslo: Číslo bytu/domu:
Obec: PSČ: Štát:

Údaje k udalosti

Hlásite udalosť kvôli: ochoreniu/úrazu člena rodiny ošetrovaniu člena rodiny pre uzatvorenie školského zariadenia

Dátum začiatku ošetrovania člena rodiny:

Ošetrovateľ, ktorý sa stará o člena rodiny, je:

poistený manžel/manželka poisteného registrovaný/á partner/ka poisteného druh/družka poisteného

Meno a priezvisko: Rodné číslo: /

Člen rodiny, o ktorého sa ošetrovateľ stará, je jeho:

manžel/manželka dieťa rodič registrovaný/á partner/ka poisteného druh/družka poisteného

Meno a priezvisko: Rodné číslo: /

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

Vyšetrovala 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, nezamätal/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 ohľadom 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.

Ak 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 poisťiteľ je oprávnený podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poisťnej 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)

Podmienky spracovania osobných údajov sú uvedené v [Oznámení o ochrane osobných údajov](#), ktoré je k dispozícii na www.bnpparibascardif.sk.

So svojou sťažnosťou na postup poisťiteľa sa môžete obrátiť na orgán dohľadu nad poisťovníctvom a finančným sprostredkovaním, ktorým je Národná banka Slovenska. Sťažovateľ sa môže, v prípadoch ustanovených Zákonom č. 391/2015 Z. z. o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov, obrátiť na subjekt alternatívneho riešenia sporov, napr. na útvar poisťovacieho ombudsmana, zriadený Slovenskou asociáciou poisťovní. Zoznam všetkých subjektov alternatívneho riešenia spotrebiteľských sporov je uvedený na internetovej stránke Ministerstva hospodárstva SR www.mhsr.sk.

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.

Ak by nám niektorý doklad chýbal, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.