

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## OZNÁMENIE O VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI V POISTENÍ ÚVERU

Nárok na prvý dôchodok za práceneschopnosť vzniká, ak sa poistený stane v čase trvania poistenia práceneschopným a táto práceneschopnosť nepretržite trvá aj po uplynutí čakacej doby uvedenej v poistnej zmluve. Spolu s vyplneným tlačivom predložte do poisťovne aj kópiu potvrdenia pracovnej neschopnosti („Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti“).

V prípade, že práceneschopnosť naďalej trvá, pre výplatu dôchodku za práceneschopnosť v ďalších mesiacoch je potrebné mesačne predkladať potvrdenie ošetrojúceho lekára o trvaní Vašej pracovnej neschopnosti. V prípade, že k práceneschopnosti došlo následkom úrazu, ktorý vyšetrovala polícia, priložením kópie správy z vyšetrovania, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť.

Vyplnené tlačivo spolu s vyššie uvedenými dokladmi zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

Údaje o poistenom (vyplní poistený)	
Číslo poistnej zmluvy .....	.....
Priezvisko a meno poisteného .....	rodné číslo .....
Adresa domov .....	.....
..... PSČ .....	☎ do práce .....
.....	☎ domov .....
Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti.....	.....
Údaje o pracovnej neschopnosti (vyplňuje poistený)	
<b>Doba trvania pracovnej neschopnosti od ..... do ..... vrátane, v dôsledku:</b>	
<b>úraz</b>	
Dátum úrazu .....	hodina úrazu .....
.....	miesto vzniku úrazu .....
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) .....	
.....	
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.) .....	
Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok?      áno      nie	
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?      áno      nie      Boli ste vodičom v čase nehody?      áno      nie      ŠPZ .....	
Popis poranenia .....	
Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne?      áno      nie      Kedy? Ako? .....	
.....	
Vyšetrovala úraz polícia?      áno      nie      Adresa polície .....	
Došlo k poistnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu?      áno      nie	
<b>choroby</b>	
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.) .....	
Liečili ste sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení), pre ktoré ste boli PN?	
nie      áno      od ..... do .....      Kde? .....	
Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili .....	
.....	
Adresa lekára, resp., zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená Vaša kompletná zdravotná dokumentácia .....	
.....	

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia choroby. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje osobné údaje získané v súvislosti s poistnou zmluvou, vrátane údajov o zdravotnom stave, spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenскеj činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného

