

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

## POTVRDENIE O TRVANÍ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI V POISTENÍ ÚVERU

Nárok na dôchodok za práceneschopnosť v nasledujúcich mesiacoch vzniká, ak práceneschopnosť trvá v nasledujúcich dňoch, ktoré sa číslom zhodujú s dňom, za ktorý bol poskytnutý prvý dôchodok (t. j. s nasledujúcim dňom práceneschopnosti po uplynutí čakacej lehoty). Ak takýto deň v mesiaci nie je, poskytnie sa plnenie, ak nárok na plnenie trval v dni s najbližším nižším dátumom. Vyplnené tlačivo s potvrdením Vášho ošetrojúceho lekára predložte do poisťovne. V prípade, že práceneschopnosť ešte trvá, pre výplatu dôchodku za práceneschopnosť v ďalších mesiacoch bude potrebné naďalej mesačne predkladať potvrdenie ošetrojúceho lekára o trvaní práceneschopnosti na tlačive poisťovne vždy k výročnému dňu vzniku nároku na plnenie za práceneschopnosť až do jej ukončenia.

Tlačivo zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)	
Číslo poistnej zmluvy .....	.....
Priezvisko, meno poisteného .....	rodné číslo .....
Adresa .....	.....
..... PSČ .....	do práce .....
.....	domov .....
Potvrdenie ošetrojúceho lekára (vyplňuje ošetrojúci, resp. praktický lekár)	
Ošetrojúci lekár MUDr. ....	Názov a adresa zdrav. zariadenia .....
.....	PSČ .....
..... e-mail .....	.....
<b>Potvrďujem, že poistený v čase od ..... do ..... vrátane bol nepretržite práceneschopný</b>	
číslo PN .....	práceneschopnosť - pokračuje ďalej - už bola ukončená
Diagnóza: .....	.....
Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie PN nad zvyčajnú dobu? - nie - áno	.....
Aké komplikácie? .....	.....
.....	.....
Bola PN vystavená v súvislosti s pobytom poisteného v kúpeľno-rehabilitačnom zariadení alebo v odbornom liečebnom ústave? - nie - áno	.....
Aký pobyt? .....	.....
.....	.....
Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:	
1. požívania alebo požitia alkoholu, návykových látok alebo vysokých dávok liekov bez súhlasu lekára áno Akých? .....	..... % alkoholu v krvi .....
.....	nie
2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privodenia choroby áno nie	.....
3. vyšetrenia, prehliadky a ďalšie úkony vykonané v osobnom záujme poisteného, ktoré nemajú liečebný účel alebo sú vykonané za účelom kozmetickej korekcie áno nie	.....
4. profesionálneho vykonávania športu áno nie	.....
5. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu áno od ..... do ..... nie	.....
6. kúpeľnej liečby áno nie	.....
7. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu áno nie	.....
8. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr áno nie	.....
..... dátum	..... pečiatka zdrav. zariadenia, podpis lekára

**Náklady za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistená osoba. Poisťovňa náklady na vystavenie potvrdenia lekárom uhradené poisteným neprepláca.**

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 (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje osobné údaje získané v súvislosti s poistnou zmlouvou, 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 poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného

Č.tl. PO-KP-009-001/08