

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

OZNÁMENIE O VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI denné odškodné za čas práceneschopnosti

Denné odškodné za čas práceneschopnosti vypláca poisťovňa za pracovné dni práceneschopnosti v zmysle zmluvných dojedaní. Vyplnené tlačivo spolu s potvrdením Vášho ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti (kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“) zašlite do poisťovne.

Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy
 Priezvisko, meno poisteného rodné číslo
 Adresa domov
 PSČ ☎ do práce ☎ domov
 Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti

Údaje o pracovnej neschopnosti (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od do vrátane, v dôsledku:

úrazu

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ

Došlo k úrazu vo voľnom čase? nie áno

Popis poranenia

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.)

Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne? nie áno Kedy? Ako?

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? nie áno neviem

Vyšetrovala úraz polícia? nie áno Adresa polície

Došlo k poistnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu? nie áno

choroby

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.)

Liečili ste 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, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia

Pokyny k výplате poistného plnenia - vyplňuje poistený

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na účet číslo kód banky

Meno a priezvisko majiteľa účtu rod.č.

na adresu

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 poisťovni 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 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 poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V..... dňa

.....
podpis poisteného

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti	
Ošetrojúci lekár MUDr.	Názov a adresa zdrav. zariadenia PSČ
☎ e-mail	
Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného rod. č.	z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala od do vrátane; číslo PN:
Meno lekára, adresa zdrav. zariadenia, ktoré PN vystavilo	
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky dg.)	
Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?	
<input type="checkbox"/> áno Príčina a druh komplikácií?	
<input type="checkbox"/> nie	
Liečil sa v minulosti poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) ?	
<input type="checkbox"/> áno od do	
<input type="checkbox"/> nie	
Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?	
<input type="checkbox"/> áno Aké?	
<input type="checkbox"/> nie	
Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:	
1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok <input type="checkbox"/> áno Akých? ‰ alkoholu v krvi <input type="checkbox"/> nie	
2. úmyselného sebaškodzenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privedenia choroby <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
3. profesionálneho vykonávania športu <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu <input type="checkbox"/> áno od do <input type="checkbox"/> nie	
5. kúpeľnej liečby <input type="checkbox"/> áno od: do: <input type="checkbox"/> nie	
6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.	
V dňa pečiatka zdrav. zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára
Potvrdenie zamestnávateľa (vyplňuje zamestnávateľ)	
Potvrdzujeme, že poistený bol v čase práceneschopnosti, ktorá trvala od :do: u nás nepretržite zamestnaný.	
Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti.....	
V dňa pečiatka a podpis zamestnávateľa