



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

OZNÁMENIE O VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Vyplnené tlačivo spolu s potvrdením Vášho ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti (kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“) zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

Číslo poisťnej zmluvy:

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo:/.....

Štátna príslušnosť:

Adresa: PSČ:

Telefón: e-mail:

Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti:

Pracovné zaradenie počas práceneschopnosti:

Je poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹

Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

ÚDAJE O ÚRAZE (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od: do: vrátane.

Dátum úrazu: hodina úrazu: miesto úrazu:

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu):

Došlo k úrazu vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok? nie áno

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 uved'te 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 poisťnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu? nie áno

ÚDAJE O CHOROBE (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od: do: vrátane.

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uved'te 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:

Tel.:

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:

Tel.:

¹ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)																				Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu										<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah										
<input type="checkbox"/> na OPU účet																				Meno poistníka

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

Súhlas so spracúvaním osobných údajov

Poistený označený v tejto poistnej zmluve udeľujem súhlas spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „Spoločnosť“), aby spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojim zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

- ÁNO, DÁVAM SÚHLAS
 NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

V dňa

overený podpis poisteného
resp. zákonného zástupcu poisteného*
číslo dokladu totožnosti

* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec** spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaisťovania (**namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike**).

.....

dátum a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta

čitateľné meno a priezvisko/názov osoby⁵,
ktorá identifikovala klienta⁶

osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

³ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.
⁴ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

Pokyny: „Potvrdenie ošetrujúceho lekára o pracovnej neschopnosti“ vyplní ošetrujúci lekár. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne. Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Ošetrujúci lekár MUDr.: Názov a adresa zdrav. zariadenia:
..... PSČ:

Tel.: e-mail:

Potvrďujem pracovnú neschopnosť poisteného: Rodné číslo:/.....

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?

áno Príčina a druh komplikácií:

nie

Liečil sa v minulosti poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) ?

áno od: do:

nie

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?

áno Aké?

nie

Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok áno Akých? %o alkoholu v krvi nie

2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privodenia choroby áno nie

3. profesionálneho vykonávania športu áno nie

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu áno od: do: nie

5. kúpeľnej liečby áno od: do: nie

6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu áno nie

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr áno nie

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V dňa

pečiatka zdrav. zariadenia a podpis ošetrujúceho lekára

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA (vyplňuje zamestnávateľ), SZČO, DNPO

Potvrďujeme, že poistený: Rodné číslo:/.....

bol v čase práceneschopnosti, ktorá trvala od: do:

u nás nepretržite zamestnaný.

Názov a adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti:

SZČO (samostatne zárobkovo činná osoba) **DNPO** (dobrovoľne nemocensky poistená osoba):

čestne prehlasujem, že som počas práceneschopnosti od: do: nevykonával/vykonával*

svoje zamestnanie, dohodnutú prácu, svoju zárobkovú činnosť alebo riadiacu či kontrolnú činnosť a to ani/iba* počas obmedzenej časti dňa.

V prípade SZČO/DNPO - vždy doložte potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok počas pracovnej neschopnosti.

V dňa

pečiatka a podpis zamestnávateľa

*nehodiace sa škrtnite