



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

OZNÁMENIE O VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

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:

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo: /

Adresa domov:

PSČ: Telefón do zamestnania: Telefón domov:

Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti:

ÚDAJE O ÚRAZE (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

Vyšetřovala 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, vyšetřenie, 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.:

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na číslo účtu v tvare IBAN SWIFT/BIC

Názov účtu príjemcu:

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, 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, úrazu, resp. zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie z poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje získané v súvislosti s mojou 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, za účelom zabezpečenia výkonu práv a plnenia povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Zároveň poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa

.....
podpis poisteného

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

POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Ošetrujúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia

..... PSČ

Tel.: 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?

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? % 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)

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