

OZNÁMENIE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

USMERNENIA PRE POISTENÉHO

- 1) Poistený je povinný Oznamenie o pracovnej neschopnosti doručiť do sídla poisťovne, Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, čo najskôr po začatí pracovnej neschopnosti, najneskôr však v deň nasledujúci po uplynutí karenčnej doby (čakacej lehoty) uvedenej v poistnej zmluve.
- 2) 1.-2. stranu Oznamenia vyplní poistený, 3. a 4. stranu vyplní odborný lekár, ktorý ochorenie alebo úraz lieči.
- 3) Ak je poistený pracovne neschopný dlhšie ako 30 dní po uplynutí karenčnej doby (čakacej lehoty), je povinný si dať túto pokračujúcu pracovnú neschopnosť opätovne potvrdiť ošetroujúcim lekárom po každých 30 dňoch jej trvania na tlačive poisťovne „Potvrdenie o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti“ a doručiť ho najneskôr do 30 dní do sídla poisťovne.
- 4) Prílohou Oznamenia o pracovnej neschopnosti musí byť čitateľná kópia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti vystavená ošetroujúcim lekárom na tlačive Sociálnej poisťovne.
- 5) V prípade pracovnej neschopnosti spoluistočenej osoby mladšej ako 18 rokov musí byť prílohou Oznamenia o pracovnej neschopnosti kópia rodného listu spoluistočenej osoby.
- 6) Ak je pracovne neschopná osoba mladšia ako 18 rokov, údaje v Oznamení o pracovnej neschopnosti musí svojim podpisom potvrdiť i zákonný zástupca poistenej/ spoluistočenej osoby.

ÚDAJE O POISTENOM, PRÍP. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

| | | |
|---|---------------------------------|--------------------|
| Meno, priezvisko, titul | | Rodné číslo |
| Dátum narodenia | Druh a číslo dokladu totožnosti | Štátna príslušnosť |
| Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo | Obec | PSČ |
| Telefón | E-mail | |
| Zamestnanie (uvedte druh pracovnej činnosti a zamestnávateľa) | | |
| Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie V prípade kladnej odpovede uvedte v akom postavení | | |
| <i>Ak ide o škodovú udalosť dieťaťa, na otázku odpovedajte v časti Vyhlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného/spoluistočeného.</i> | | |
| Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | | |
| Čísla poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad pracovnej neschopnosti | | |

ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI Zodpovedajte prosím podrobne nasledujúce otázky

Ktorý dátum je stanovený lekárom ako začiatok Vašej pracovnej neschopnosti?

Deň, mesiac, rok

Kto a kedy vystavil doklad o PN?

Deň, mesiac, rok Meno lekára

Adresa zdravotníckeho zariadenia

Uvedte číslo dokladu pracovnej neschopnosti (tlačivo Sociálnej poisťovne)

Uvedte meno a adresu lekára, ktorý stanovil diagnózu

Meno lekára

Adresa lekára

Uvedte diagnózu ochorenia

Kedy ste pocítili prvé zdravotné problémy v súvislosti s ochorením, kvôli ktorému si nárokuje dennú dávku za pracovnú neschopnosť?

Liečili ste sa na ochorenie, ktoré je príčinou Vašej súčasnej pracovnej neschopnosti už v minulosti? áno nie Uvedte

Deň, mesiac, rok Meno lekára

Zdravotnícke zariadenie

U ktorého lekára absolvujete (budete absolvovať) kontrolné vyšetrenia počas pracovnej neschopnosti. Ak áno, uvedte

Meno lekára Telefónne číslo lekára

Adresa lekára

Kde sa zdržujete počas pracovnej neschopnosti? Uvedte

Adresa Telefónne číslo

V ČASE VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI STE BOLI

| | |
|---|---|
| študentom denného štúdia strednej alebo vysokej školy <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | na materskej alebo rodičovskej dovolenke <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| samostatne zárobkovo činnou osobou/živnostník (ak áno, k Oznameniu o pracovnej neschopnosti je potrebné doložiť kópiu živnostenského listu) <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | zamestnaný (ak áno, vyplňte časť „Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie“) <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| nezamestnaný <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | |

Iný status v čase vzniku PN (presne špecifikujte)

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE

Potvrďujem, že

Meno, priezvisko, titul Rodné číslo bol k dátumu (dátum začiatku prac. neschopnosti)

..... zamestnancom spoločnosti (názov spoločnosti)

Kontakt na zamestnávateľa (adresa, tel. č., e-mail)

Iný status v čase vzniku pracovnej neschopnosti (presne špecifikujte)

V dňa

Podpis zástupcu zamestnávateľa (s uvedením funkcie)
a pečiatka zamestnávateľa

VYHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňuje poistený alebo zákonný zástupca)

Vyhlasujem, že v tomto oznámení o pracovnej neschopnosti som uviedol pravdivé a úplné údaje. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek zdravotnej a inej dokumentácie týkajúcej sa mojej pracovnej neschopnosti a mojej zdravotnej anamnézy a zbavujem zdravotníckych pracovníkov záväzku mlčanlivosti. Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Oznamenia o pracovnej neschopnosti.

poistné plnenie poukážete na bankový účet

IBAN

SWIFT/BIC banky

Upozornenie: V prípade, ak je výplata poistného plnenia vo výške rovnjej alebo vyššej ako 1 000 eur a príjmom poistného plnenia je osoba, ktorá nie je identifikovaná na uzatvorenej poistnej zmluve, z ktorej vzniká právo na poistné plnenie, menom, priezviskom, rodným číslom a adresou, môže poisťovňa pred vyplatením poistného plnenia požadovať úradné overenie jej podpisu.

ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI MALOLETÉHO POISTENÉHO/SPOLUPOISTENÉHO VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO/SPOLUPOISTENÉHO

| | |
|--|---------------------------------|
| Meno, priezvisko, titul | Rodné číslo |
| Dátum narodenia | Druh a číslo dokladu totožnosti |
| Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo) | Obec |
| Telefón | E-mail |
| PSČ | |

Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? áno nie V prípade kladnej odpovede uvedte v akom postavení

Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. áno nie

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé. Zároveň prehlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil(a) s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Oznamenia o pracovnej neschopnosti.

V dňa

Podpis poisteného

Podpis zákonného zástupcu
maloletého poisteného

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrojúci lekár, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s pracovne neschopnou osobou, uvedenou na tomto oznámení.

ÚDAJE O POISTENOM, PRÍP. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

| | | |
|--|---------------------------------|--------------------|
| Meno, priezvisko, titul | | Rodné číslo |
| Dátum narodenia | Druh a číslo dokladu totožnosti | Štátna príslušnosť |
| Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo | Obec | PSČ |
| Telefón | E-mail | |

ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Dátum začiatku pracovnej neschopnosti poisteného (deň, mesiac, rok)

Uvedte číslo dokladu PN (tlačivo Sociálnej poisťovne)

Popíšte ochorenie a uvedte diagnózu ochorenia alebo úrazu, pre ktoré je poistený pracovne neschopný

Kedy poistený vyhľadal lekárske ošetrovanie pre ochorenie alebo úraz, ktoré následne viedli ku vzniku pracovnej neschopnosti? (deň, mesiac, rok, hodina)

Bol poistený pre rovnaké ochorenie, zdravotné ťažkosti alebo úraz už v minulosti liečený? áno nie Ak áno, kedy a kde sa liečil?

| Deň | Mesiac | Rok | Meno lekára | Zdravotnícke zariadenie |
|-----|--------|-----|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bol poistený pre rovnaké ochorenie, zdravotné ťažkosti alebo úraz už v minulosti pracovne neschopný? áno nie Ak áno, ako dlho trvala pracovná neschopnosť?

| | Deň | Mesiac | Rok | | Deň | Mesiac | Rok |
|-------------|-----|--------|-----|-----------|-----|--------|-----|
| Začiatok PN | | | | Koniec PN | | | |
| Začiatok PN | | | | Koniec PN | | | |
| Začiatok PN | | | | Koniec PN | | | |

Sú zdravotné ťažkosti, ktoré viedli k súčasnej pracovnej neschopnosti dôsledkom ochorení, zdravotných ťažkostí alebo úrazov, ktorými trpel poistený už v minulosti? áno nie

Ak áno, nižšie prosím uvedte druh zdravotných ťažkostí, ochorenia, dátum diagnostikovania a obdobie liečenia:

| Druh ochorenia / zdravotných ťažkostí | Dátum diagnostikovania | | | Zdravotnícke zariadenie, kde prebiehala liečba | Obdobie liečenia |
|---------------------------------------|------------------------|--------|-----|--|------------------|
| | Deň | Mesiac | Rok | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Uvedte predpokladaný dátum ukončenia pracovnej neschopnosti

Na akej adrese sa bude poistený počas pracovnej neschopnosti zdržiavať?

Má poistený počas pracovnej neschopnosti povolené vychádzky? Ak áno, v akom čase?

Ďalšie oznámenia a poznámky ošetrojúceho lekára

