wüstenrot
W DOBROM AJ V ZLOM

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
Digital Park I, Einsteinova 21
851 01 Bratislava, SR
IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
IČ DPH: SK7120001559
Obchodný register Mestského súdu
Bratislava III, oddiel Sa, vložka č. 757/B

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

GDPR 01/2026 Z56

OZNÁMENIE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

USMERNENIA PRE POISTENÉHO

1) Poistený je povinný Oznámenie o pracovnej neschopnosti doručiť do sídla poisťovne, Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, 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 Oznámenia vyplní poistený, 3. a 4. stranu vypĺňa 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 ošetrujúcim 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 Oznámenia o pracovnej neschopnosti musí byť čitateľná kópia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti vystavená ošetrujúcim lekárom na tlačive Sociálnej poisťovne.
5) V prípade pracovnej neschopnosti spolupoistenej osoby mladšej ako 18 rokov musí byť prílohou Oznámenia o pracovnej neschopnosti kópia rodného listu spolupoistenej osoby.
6) Ak je pracovne neschopná osoba mladšia ako 18 rokov, údaje v Oznámení o pracovnej neschopnosti musí svojim podpisom potvrdiť i zákonný zástupca poistenej/spolupoistenej 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 (uveďte druh pracovnej činnosti a zamestnávateľa)

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

Ak ide o škodovú udalosť dieťaťa, na otázku odpovedajte v časti Vyhlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného/spolupoisteného.

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

Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1]

Štát narodenia[1]

Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2]
(v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)

Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

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 .....

Uveďte číslo dokladu pracovnej neschopnosti (tlačivo Sociálnej poisťovne)

Uveďte meno a adresu lekára, ktorý stanovil diagnózu

Meno lekára .....

Adresa lekára .....

Uveďte diagnózu ochorenia .....

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

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

Deň, mesiac, rok ..... Meno lekára .....

Zdravotnícke zariadenie .....

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

Meno lekára ..... Telefónne číslo lekára .....

Adresa lekára .....

Kde sa zdržujete počas pracovnej neschopnosti? Uveďte

Adresa ..... Telefónne číslo .....

V ČASE VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI STE BOLI

študentom denného štúdia strednej alebo vysokej školy	☐ áno ☐ nie	na materskej alebo rodičovskej dovolenke	☐ áno ☐ nie
samostatne zárobkovo činnou osobou/živnostník *(ak áno, k Oznámeniu o pracovnej neschopnosti je potrebné doložiť kópiu živnostenského listu)*	☐ áno ☐ nie	zamestnaný *(ak áno, vyplnte časť „Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie)*	☐ áno ☐ nie
nezamestnaný	☐ áno ☐ nie		

Iný status v čase vzniku PN (presne špecifikujte)

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE

Potvrdzujem, že

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

..... zamestanancom 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 svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Oznámenia o pracovnej neschopnosti.

☒ **poistné plnenie poukážte na bankový účet**

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

SWIFT/BIC banky ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Upozornenie: V prípade, ak je výplata poistného plnenia vo výške rovnej alebo vyššej ako 1 000 eur a príjemcom 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	Štátna príslušnosť
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)	Obec	PSČ
Telefón	E-mail	

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

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

Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1]

Štát narodenia[1]

Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2]
(v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)

Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

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

V ..... dňa ....

Podpis poisteného — Podpis zákonného zástupcu maloletého poisteného

wüstenrot
W DOBROM AJ V ZLOM

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrujúci 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)

Uveďte číslo dokladu PN (tlačivo Sociálnej poisťovne)

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

Kedy poistený vyhľadal lekárske ošetrenie 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 uveďte 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		

Uveďte 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 ošetrujúceho lekára

Vážený pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na druhej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 €. Pre možnú výplatu odmeny je potrebné uviesť číslo Vášho bankového účtu - (IBAN).
Upozornenie: V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie popísanú odmenu.

V ..... dňa .....

Meno a priezvisko lekára .....

Adresa zdravotného zariadenia .....

.....

Vyhlasujem, že nie som v príbuzenskom vzťahu s pracovne neschopnou osobou uvedenou na tomto oznámení.

.....
Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

IBAN lekára

SWIFT/BIC banky lekára

1. Prevádzkovateľ osobných údajov

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
sídlo: Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31 383 408, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č.: 757/B (ďalej len „Wüstenrot").
Wüstenrot má zodpovednú osobu za ochranu osobných údajov, ktorá dohliada na riadne spracúvanie osobných údajov a na ktorú sa môžete kedykoľvek obrátiť, a to písomne na adrese Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava alebo elektronicky na adrese DPO@wuestenrot.sk.

2. Účely spracúvania osobných údajov zo strany Wüstenrot

- uzatváranie, evidencia a správa poistných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta (napr. klientsky portál)
- zaistenie
- likvidácia poistných udalostí
- riešenie sťažností
- aktívne súdne spory, pasívne súdne spory, mimosúdne vymáhanie pohľadávok
- reporting, výpočet kapitálových požiadaviek,
- štatistické spracovanie
- riadenie rizika podvodu, oznamovanie protispoločenskej činnosti
- evidencia hlásení o neobvyklých obchodných operáciách a ich vybavenie
- identifikácia klienta a jeho zástupcov na účely vykonania starostlivosti vo vzťahu ku klientovi
- spracúvanie osobných údajov v rámci účtovníctva
- ponuka produktov a služieb v rámci marketingu, spotrebiteľské súťaže
- správa registratúry
- výkon vnútorného auditu, výkon súladu s predpismi, výkon riadenia rizík
- spracúvanie osobných údajov na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.

3. Právny základ

Právnym základom na spracúvanie osobných údajov je štandardne plnenie zákonnej povinnosti (najmä zákon č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 395/2002 Z. z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov), uzatvorenie, správa a plnenie poistnej zmluvy, oprávnený záujem, ktorým je ochrana práv a právom chránených záujmov Wüstenrot (najmä účel riadenia rizika podvodu) a súhlas (najmä pre účely marketingu, spotrebiteľské súťaže).
Ak klient odmietne poskytnúť Wüstenrotu osobné údaje požadované na základe zákona, je Wüstenrot povinný s ním odmietnuť uzatvoriť poistnú zmluvu.

4. Kategórie príjemcov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje

- finanční agenti
- poskytovatelia IT služieb
- asistenčné spoločnosti
- zaisťovne
- advokátske kancelárie
- posudkoví lekári
- orgány verejnej moci
- znalci
- Slovenská asociácia poisťovní
- Národná banka Slovenska
- a ďalšie osoby, ktoré poskytujú služby pre Wüstenrot na základe zmluvy o spracúvaní osobných údajov. Konkrétny priebežne aktualizovaný zoznam príjemcov nájdete na www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov

5. Doba uchovávania osobných údajov

Wüstenrot je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb po dobu stanovenú zákonom č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve t. j. počas trvania poistenia a po zániku poistenia po dobu 10 rokov od skončenia zmluvného vzťahu v zmysle príslušných právnych predpisov. Spracúvanie osobných údajov v prípade udelenia súhlasu je možné len počas doby, na ktorú bol súhlas udelený.

6. Práva dotknutej osoby

- právo na prístup a na informácie k svojím osobným údajom,
- právo na opravu osobných údajov,
- právo na vymazanie osobných údajov (právo „na zabudnutie"),
- právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov,
- právo na prenosnosť osobných údajov,
- právo namietať proti spracúvaniu osobných údajov,
- právo na neúčinnosť automatizovaného individuálneho rozhodovania vrátane profilovania.
- právo odvolať súhlas (ak je súhlas právnym základom spracúvania)
- právo podať sťažnosť dozornému orgánu, t. j. Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky

Dotknutá osoba si uvedené práva uplatňuje 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 a ďalšími príslušnými právnymi predpismi. Voči Wüstenrotu si dotknutá osoba môže svoje práva uplatniť prostredníctvom písomnej žiadosti alebo elektronickými prostriedkami. V prípade, že dotknutá osoba požiada o ústne poskytnutie informácií, informácie sa môžu takto poskytnúť za predpokladu, že dotknutá osoba preukázala svoju totožnosť.

7. Profilovanie a automatizované rozhodovanie pri spracúvaní osobných údajov

Wüstenrot vykonáva v rámci svojej činnosti aj tzv. profilovanie, čiže automatizované spracúvanie vo vybraných procesoch. Automatizované spracúvanie je také spracúvanie osobných údajov, pri ktorom sú používané výhradne automatické informačné systémy, napríklad softvér, elektronické kalkulačky a pod. na účel riadneho uzavretia poistnej zmluvy, kalkulácie poistného a správy poistnej zmluvy.

Aktuálne informácie sú zverejnené na webovej stránke www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov a tiež na obchodných miestach Wüstenrotu.

VYSVETLIVKY

[1] Vyplňte len ak SR nie je štát Vašej daňovej rezidencie

[2] Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely klient uvedie, ak mu bolo pridelené. V prípade, ak klient nemá vedomosť o pridelení daňového identifikačného čísla alebo identifikačného čísla používaného v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely, je povinný túto skutočnosť overiť a v prípade jeho získania bezodkladne tento údaj písomne doručiť poisťovni.

[3] Označenie štátu daňovej rezidencie – štát, v ktorom klient platí dane zo svojich celosvetových príjmov.