wüstenrot

W DOBROM AJ V ZLOM

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

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
www.wuestenrot.sk

GDPR 01/2026 Z56

POTVRDENIE
o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti

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

USMERNENIA PRE POISTENÉHO

1) 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.
2) V prípade ukončenia pracovnej neschopnosti je poistený povinný k vyplnenému tlačivu poisťovne „Potvrdenie o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti" priložiť čitateľnú kópiu potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti vystavenú ošetrujúcim lekárom na tlačive Sociálnej poisťovne s uvedeným dátumom ukončenia pracovnej neschopnosti.
3) V prípade pracovnej neschopnosti spolupoistenej osoby mladšej ako 18 rokov musí byť prílohou „Potvrdenia o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti" kópia rodného listu spolupoistenej osoby.
4) Ak je pracovne neschopná osoba mladšia ako 18 rokov, údaje v „Potvrdení o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti" musí svojim podpisom potvrdiť aj 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	

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 Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného.

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

PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňuje poistený alebo zákonný zástupca)

Splnomocňujem Wüstenrot poisťovňu, a.s., aby vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave a zbavujem zdravotných pracovníkov záväzku mlčanlivosti.
Zároveň prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Potvrdenia.

☒ **poistné plnenie poukážte na bankový účet**

IBAN príjemcu

SWIFT/BIC banky príjemcu

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 POISTENÉHO/SPOLUPOISTENÉHO DIEŤAŤA
PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO

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	

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.

V ..... dňa ....
Podpis poisteného Podpis zákonného zástupcu maloletého poisteného

*** POTVRDENIE O TRVANÍ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI**

Nižšie uvedené údaje vyplňte iba v prípade ďalšieho trvania pracovnej neschopnosti.

Potvrdzujem, že pracovná neschopnosť, ktorá začala (deň, mesiac, rok) ..... z dôvodu ochorenia/úrazu .....

číselná diagnóza ..... číslo potvrdenia Sociálnej poisťovne o PN .....

ku dňu vystavenia tohto potvrdenia (deň, mesiac, rok) ..... **NAĎALEJ TRVÁ**.

*** POTVRDENIE O UKONČENÍ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI**

Upozornenie: K Potvrdeniu o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti priložte v prípade ukončenia pracovnej neschopnosti kópie všetkých lekárskych správ z vyšetrení a kontrolných ošetrení, vykonaných počas trvania pracovnej neschopnosti.

Nižšie uvedené údaje vyplňte iba v prípade ukončenia pracovnej neschopnosti.

Potvrdzujem, že pracovná neschopnosť, ktorá začala (deň, mesiac, rok) ..... z dôvodu ochorenia/úrazu .....

číselná diagnóza ..... číslo potvrdenia Sociálnej poisťovne o PN .....

ku dňu vystavenia tohto potvrdenia (deň, mesiac, rok) ..... **BOLA UKONČENÁ**.

Poistený bol pracovne neschopný od ..... do .....

** Vypĺňa lekár, ktorý vystavil doklad o pracovnej neschopnosti.*

Potvrdenie o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti vystavil Meno a Priezvisko lekára ..... Adresa zdravotného zariadenia .... Telefón	Vyhlasujem, že nie som v príbuzenskom vzťahu s pracovne neschopnou osobou uvedenou na tomto potvrdení. ..... Pečiatka a podpis lekára

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

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.