

## OZNÁMENIE O VZNIKU NEPRETRŽITEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI DENNÁ DÁVKA PRE PRÍPAD DOČASNEJ PRÁCENESCHOPNOSTI

Dennú dávku za práceneschopnosť vypláca poisťovňa za dni práceneschopnosti po uplynutí čakacej doby, ktorá je dojednaná v poistnej zmluve, počas trvania nepretržitej práceneschopnosti, najdlhšie však do uplynutia 12 mesiacov od vzniku práceneschopnosti, ak v poistnej zmluve nebolo dohodnuté inak.

K tlačivu poisťovne prosím **vždy priložte kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“**, všetky kópie **lekárskych správ z celého priebehu liečby ochorenia, ktoré bolo dôvodom práceneschopnosti**. Ak ste boli hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií. V prípade SZČO / DNPO vždy doložte potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok počas pracovnej neschopnosti.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliaceho mimo Slovenskej republiky, ani náklady spojené s dopravou na lekársku prehliadku do Slovenskej republiky. Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je poistený alebo oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poisťovni úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky.

Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B (ďalej len „Spoločnosť“ alebo „KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group“), alebo online na [www.koop.sk](http://www.koop.sk) cez online služby.

### Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy .....  
Priezvisko, meno poisteného ..... rodné číslo .....  
Adresa domov.....  
PSČ ..... e-mail .....  
Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti .....

### Údaje o pracovnej neschopnosti (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 .....

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?.....

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 sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetřenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení), pre ktoré ste boli PN?  nie  áno

od ..... do ..... Kde? .....



**Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistený**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare IBAN.....  
názov účtu .....
- na adresu.....

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA 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.koop.sk](http://www.koop.sk).

Súhlasím, aby spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group 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 mojím 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

Je poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>

Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>

V..... dňa .....

úradne overený podpis poisteného\*

číslo dokladu totožnosti

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

.....  
dátum a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta

.....  
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>3</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>4</sup>

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

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>2</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>3</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>4</sup> 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.

**Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.**

**Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti**

Ošetrojúci lekár MUDr. ....

Názov a adresa zdrav. zariadenia .....

PSČ ..... 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, resp. diagnózy, ktoré boli dôvodom tejto PN poisteného** (prosíme uviesť všetky diagnózy počas celej PN jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia):

1. Dg: ..... PN od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

2. Dg: ..... PN od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

3. Dg: ..... PN od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

4. Dg: ..... PN od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

5. Dg: ..... PN od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

**Predchorobie - uviesť, či sa poistený v minulosti liečil na ochorenia/diagnózy, pre ktoré je teraz PN, prípadne či mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, alebo poradenstvo pre uvedené ochorenia** (prosíme rozpísať každú diagnózu jednotlivo vrátane dátumu liečby):

áno

1. Dg: ..... od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

2. Dg: ..... od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

3. Dg: ..... od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

4. Dg: ..... od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

5. Dg: ..... od ..... do ..... súvisí s Dg.: .....

nie

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

áno Aké (stručný popis) ? .....  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 privedenia choroby  áno  nie

3. profesionálneho vykonávania športu  áno  nie

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu

áno od ..... do .....  nie

5. kúpeľnej liečby  áno  nie

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

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr  áno  nie

V ..... dňa .....

pečiatka zdravotníckeho zariadenia  
a podpis ošetrojúceho lekára

**Potvrdenie zamestnávateľa (vyplňuje zamestnávateľ), SZČO, DNPO**

Potvrdzujeme, že poistený bol v čase práceneschopnosti, ktorá trvala od: .....do: .....  
u nás nepretržite zamestnaný.

- **Názov a adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti :** .....

- **Osoba 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. (\*nehodiace sa škrtnite).

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

V ..... dňa .....

.....

pečiatka a podpis zamestnávateľa, SZČO, DNPO