




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 poisťnej zmluve, počas trvania nepretržitej práceneschopnosti, najdlhšie však do uplynutia 12 mesiacov od vzniku práceneschopnosti, ak v poisťnej zmluve nebolo dohodnuté inak. Nárok na dennú dávku za práceneschopnosť vznikne vtedy, ak práceneschopnosť trvá nasledujúci deň po skončení čakacej doby. Vyplnené tlačivo spolu s potvrdením Vášho ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti (kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“), s potvrdením Vášho zamestnávateľa, SZČO, DNPO na tlačive zašlite na KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava. Poistený je povinný vždy ku žiadosti priložiť kópie lekárskeho správ z celého priebehu liečby.

Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)

Číslo poisťnej zmluvy
 Priezvisko, meno poistenéhorodné číslo
 Adresa domov.....
 PSČ  e-mail
 Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti

Údaje o pracovnej neschopnosti (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od dovrátane, 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 poisťnej 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?
 Adresa lekára, resp. zdrav. zariadenia, kde ste sa liečili

 Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia

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 a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Súhlasím, aby KOOOPERATIVA 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 poistnej zmluvy.

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.

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, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 osoby¹,
ktorá identifikovala klienta²

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

¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

² 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 za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistená osoba. Poist'ovňa náklady za vystavenie potvrdenia lekárom uhradené poisteným neprepláca.

Potvrdenie ošetrujúceho lekára o pracovnej neschopnosti

Ošetrujúci 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. všetky diagnózy - v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky diagnózy 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.:

Liečil sa poistený v minulosti alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na ochorenie/ochorenia, pre ktoré je práceneschopný? Prosíme rozpísať za každú diagnózu jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia:

- áno 1. Dg od do
- áno 2. Dg od do
- áno 3. Dg od do
- áno 4. Dg od do
- áno 5. Dg 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 nie
6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu áno nie
7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr áno nie

V dňa
pečiatka zdrav. zariadenia a podpis ošetrujúceho 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 SZČO / DNPO – vždy doložte potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok počas pracovnej neschopnosti.

V dňa

.....

pečiatka a podpis zamestnávateľa, SZČO, DNPO