



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 priložte kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“, kópiu lekárskeho správy 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, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava.

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 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?.....

Vyšetrovala 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, vyšetrenie, 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

..... 

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 poisťovni 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 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 dovrátane; číslo PN:.....

Meno lekára, adresa zdrav. zariadenia, ktoré PN vystavilo.....

Diagnóza, resp. diagnózy, ktoré boli dôvodom PN poisteného

(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.:

Predchorobie - uviesť, či sa poistený v minulosti liečil, bolo mu poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na ochorenie/ochorenia, ktoré boli dôvodom jeho práceneschopnosti?

(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 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 SZČO / DNPO – vždy doložte potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok počas
pracovnej neschopnosti.**

V dňa

.....

pečiatka a podpis zamestnávateľa, SZČO, DNPO