

# Hlásenie o vzniku pracovnej neschopnosti (z poistenia ušlého zárobku)

Číslo poistnej udalosti:  
Doručené:

## **Pokyny pre poisteného:**

1. Pracovnú neschopnosť hláste pokiaľ možno hneď po jej vzniku, najneskôr do 3 dní po dojednanom začiatku plnenia dennej dávky. V prípade oneskoreného nahlásenia vzniku pracovnej neschopnosti sa vystavujete riziku obmedzenia poistného plnenia.
2. Hlásenie o vzniku pracovnej neschopnosti zašlite na ktorékoľvek pracovisko Allianz - Slovenskej poisťovne, a. s., Odbor poistenia osôb - likvidácia poistných udalostí (LPU).
3. Ak ste osoba nemocensky poistená, priložte k hláseniu kópiu dokladu o pracovnej neschopnosti.
4. Po obdržaní hlásenia o pracovnej neschopnosti Vám zašleme tlačivo „Hlásenie pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu“ s ďalším návodom, ako postupovať pri uplatňovaní nároku na poistné plnenie.

## **„Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas:**

- s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s.,

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas:

- so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy,

- s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté,

- s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru a do krajín, ktoré sú členskými štátmi OECD a ďalších krajín, a to aj v prípade, že nebudú splnené podmienky požadované zákonom na ochranu osobných údajov a kedy je potrebný osobitný súhlas dotknutej osoby,

- na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iných zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.“

Meno a priezvisko: .....

Rodné číslo: .....Číslo poistnej zmluvy: .....

Príčina pracovnej neschopnosti a diagnóza: .....

.....

.....

.....

Meno a adresa ošetrujúceho lekára: .....

Ste nemocensky poistený /á / v štátnom sociálnom systéme?  ÁNO  NIE

Dátum začiatku PN: .....

Predpokladaná dĺžka PN v dňoch: .....

Miesto, kde sa poistený počas PN zdržuje (adresa a telefón): .....

.....

V..... dňa.....

.....  
podpis poisteného