

Hlásenie pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu (z poistenia ušlého zárobku)

Pokyny pre poisteného:

- Nevyplňujte spolu s tlačivom „Oznámenie úrazu“.
- Vyplňte prosím hrubo orámovanú časť tlačiva. Lekársku správu ošetrojúceho lekára a doklad o pracovnej neschopnosti vyplní lekár, ktorý Vás lieči (liečil) a vystaví (vystavil) Vám doklad o pracovnej neschopnosti.
- V prípade, že medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením nie je uzavretá zmluva, uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 150,- Sk. Prijatie sumy Vám lekár potvrdí vystavením potvrdenky, ktorú priložte k oznámeniu.
- Vyplnené tlačivo zašlite na ktorékoľvek pracovisko Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., odbor poistenia osôb, likvidácia poistných udalostí (LPU).

Číslo poistnej udalosti:
Doručené:

Uvedte prosím čísla všetkých poistiek, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., poistený(á) pre prípad ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti, pre prípad úrazu a pre prípad pobytu v nemocnici:

Meno poisteného: Rodné číslo: Dátum narodenia:
Adresa zamestnávateľa: Zamestnanie:
Adresa vlastnej firmy:
Trvalé bydlisko: PSČ:
Telefón domov: Telefón do zamestnania:

Nasledujúci odsek vyplňte v prípade pracovnej neschopnosti z dôvodov ochorenia aj úrazu:

Kedy ste v súvislosti s ochorením alebo úrazom, pre ktoré si nárokuje dennú náhradu, prvý raz navštívili lekára?	Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti?
Aká bola stanovená diagnóza?	Ku ktorým lekárom chodíte na kontrolu? (uvedte meno, adresu a telefón):
Meno a adresa lekára, ktorý diagnózu stanovil:	Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti? Ak áno, uvedte kedy a kde:

Kde ste sa kvôli úrazu alebo ochoreniu liečili a budete liečiť?
Meno a adresa: Odbornosť: Telefón:
Meno a adresa: Odbornosť: Telefón:
Meno a adresa: Odbornosť: Telefón:

Kde sa počas pracovnej neschopnosti zdržujete?
Adresa:
Telefón:
Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, uvedte presne dni a hodiny:

Ste poistený v inej poisťovni pre ušlý zárobok za dobu pracovnej neschopnosti? V ktorej a na akú dennú náhradu:
Obdržali ste alebo obdržíte ďalšiu náhradu mzdy za dobu trvania pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu (choroba z povolania, pracovný úraz a podobne)? Od koho, v akej výške a za aké obdobie:

Nasledujúci odsek vyplňte len v prípade pracovnej neschopnosti priznanej výlučne z dôvodu úrazu:

Úraz nastal dňa: o hod., miesto
Popíšte, prosím súvisle a podrobne ako úraz nastal:

Ktorá časť tela bola poranená?	Bola táto časť tela postihnutá už pred týmto úrazom? Ako?	Ste pravák <input type="checkbox"/> ľavák <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Mená a adresy prípadných svedkov:
Prípad vyšetroval (adresa):

VYHLÁSENIE

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave a fotokópiu dokladu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k požadovanému nároku (ak ju neprikladám teraz) na príslušnej správe sociálneho zabezpečenia. Súhlasím s tým, aby si Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., ak to bude nutné, vyžiadala potvrdenie o výške môjho čistého príjmu u zamestnávateľa, prípadne u príslušnej finančnej správy.

„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 iným 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.“

Plnenie poukážte **na adresu / účet:**

V dňa

Podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)

Lekárska správa ošetrujúceho lekára a doklad o pracovnej neschopnosti

(V prípade, že nie je uzavretá zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto dokladu Vám patrí odmena vo výške 150,- Sk, jej prijatie potvrdíte prosím žiadateľovi potvrdenkou, v prípade nedostatku miesta napíšte odpovede na otázky na zvláštny list, alebo pošlite kópiu predmetnej zdravotnej dokumentácie)

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto oznámenia. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších evidencií uvádza:

Kedy bolo prvé lekárske ošetrenie pre uvedenú chorobu alebo úraz? Dňa o hod. Aká bola stanovená diagnóza, uveďte slovné i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10), ďalej uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:	
Zodpovedá, v prípade úrazu, telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju, ako je uvedené na 1. strane oznámenia? ÁNO - NIE Opis (RTG, CT, NMR,...) nález zo dňa:	
Popíšte prosím podrobne spôsob a druh liečenia (názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby, pri rehabilitácii uveďte druh liečby, ako často a ako dlho bola rehabilitácia vykonávaná):	
Bol poistený v súvislosti so súčasným ochorením alebo úrazom hospitalizovaný ? Kedy a ako dlho: Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrujúceho lekára, telefón:	
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Akého pravdepodobného druhu a rozsahu:
Došlo k ochoreniu / úrazu následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> V krvi bolo zistené ‰ alkoholu.	O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo: Aké boli príznaky opilstosti resp. návykových látok, do akej miery ovplyvnil požitý alkohol / návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvanie pracovnej neschopnosti?
Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený? Kedy a kde sa liečil:	V prípade úrazu, bola poranená končatina alebo orgán už pred týmto úrazom postihnutý (á)? Kedy: Ako: V akom rozsahu:
V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky? Ak áno, tak v ktorých dňoch a hodinách: Dodržiava pacient liečebný režim? Ak nie, ako bol porušený:	
Na kedy je stanovená nasledujúca kontrola u ošetrujúceho lekára?	
Je priebeh ochorenia či liečenia úrazu komplikovaný? Druh komplikácie:	
Doba trvania pracovnej neschopnosti podľa vystaveného hlásenia o pracovnej neschopnosti č. zo dňa Práceschopný: od do Práceschopný: od	Potvrdenie pracovnej neschopnosti bolo odoslané na pobočku Sociálnej poisťovne - adresa: Ak nebola vystavená pracovná neschopnosť - prečo:
Doklad o pracovnej neschopnosti u osôb nemocensky nepoistených: Vypĺňte len u osôb samostatne zárobkovo činných, ktoré nie sú nemocensky poistené. Potvrdzujem, že na základe vyššie uvedenej lekárskej správy nedovoľuje (nedovoľoval) poistenému jeho zdravotný stav pre uvedenú chorobu alebo úraz vykonávať jeho doterajšiu samostatnú zárobkovú činnosť. Pracovná neschopnosť trvala od do Práceschopný: od	
V prípade trvania PN jej predpokladaný koniec:	
Ostatné zdravotné oznámenia ošetrujúceho lekára:	
V prípade požiadavky revízneho lekára Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., vyslovuje ošetrujúci lekár súhlas k účinnej spolupráci.	

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý(a) dôsledku nepravdivých odpovedí.

V dňa

.....
Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára
adresa zdrav. zariadenia a telefón