

**USMERNENIA PRE POISTENÉHO**

- 1) Poistený je povinný Oznámenie o pracovnej neschopnosti doručiť do sídla poisťovne, Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, čo najskôr po začatí pracovnej neschopnosti, najneskôr však v deň nasledujúci po uplynutí karenčnej doby uvedenej v poistnej zmluve, ktorá predstavuje 14 alebo 28 dní, v závislosti od druhu dojednaného poistenia.
- 2) Prvú stranu Oznámenia vyplní poistený, druhú stranu vyplní ošetrojúci lekár, ktorý ochorenie alebo úraz lieči.
- 3) Ak je poistený pracovne neschopný dlhšie ako 30 dní po uplynutí karenčnej doby, je povinný si dať túto pokračujúcu pracovnú neschopnosť opätovne potvrdiť ošetrojúcim lekárom po každých 30 dňoch jej trvania na tlačive poisťovne „Potvrdenie o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti“ a doručiť ho najneskôr do 30 dní do sídla poisťovne.
- 4) Prílohou Oznámenia o pracovnej neschopnosti musí byť **čitateľná kópia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti vystavená ošetrojúcim lekárom na tlačive Sociálnej poisťovne.**
- 5) **V prípade pracovnej neschopnosti spolupoistenej osoby mladšej ako 18 rokov** musí byť prílohou Oznámenia o pracovnej neschopnosti kópia **rodného listu spolupoistenej osoby.**
- 6) **Ak je pracovne neschopná osoba mladšia ako 18 rokov, údaje** v Oznámení o pracovnej neschopnosti **musí svojim podpisom potvrdiť i zákonný zástupca poistenej/spolupoistenej osoby.**

**ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI**

Meno, priezvisko, titul:	Rodné číslo: <input type="text"/>	Tel. číslo:
Adresa trvalého pobytu: (ulica, číslo, obec)	PSČ: <input type="text"/>	
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa):		
Číslo poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad pracovnej neschopnosti:		

**ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI**

**V ČASE VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI STE BOLI:**

študentom denného štúdia strednej alebo vysokej školy	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	samostatne zárobkovo činnou osobou/živnostník (ak áno, k Oznámeniu o pracovnej neschopnosti je <b>potrebne doložiť kópiu živnostenského listu</b> )	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
na materskej alebo rodičovskej dovolenke	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Iné (bližšie špecifikovať)	
nezamestnaný	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		

zamestnaný  Áno  Nie

**POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA:**

Potvrdzujem, že (meno, priezvisko, r. č.)	bol k dátumu(dátum začiatku pracovnej neschopnosti)	deň	mesiac	rok
zamestnancom spoločnosti (názov spoločnosti)				
Kontakt na zamestnávateľa (adresa, tel. číslo, e-mail):				
Podpis zástupcu zamestnávateľa: (s uvedením funkcie)		Pečiatka zamestnávateľa:		

Iný status v čase vzniku pracovnej neschopnosti (presne špecifikujte):

**ZODPOVEDAJTE PROSÍM PODROBNE NASLEDUJÚCE OTÁZKY:**

Ktorý dátum je stanovený lekárom ako začiatok Vašej pracovnej neschopnosti?	deň	mesiac	rok
Kto a kedy vystavil doklad o PN?	meno lekára	adresa zdravotníckeho zariadenia	deň mesiac rok
Uvedte číslo dokladu pracovnej neschopnosti (tlačivo Sociálnej poisťovne)			
Uvedte meno a adresu lekára, ktorý stanovil diagnózu			
Uvedte diagnózu ochorenia			
Kedy ste pocítili prvé zdravotné problémy v súvislosti s ochorením, kvôli ktorému si nárokuje dennú dávku za pracovnú neschopnosť?			
Liečili ste sa na ochorenie, ktoré je príčinou Vašej súčasnej pracovnej neschopnosti už v minulosti? Ak áno, uveďte deň, mesiac a rok, zdravotnícke zariadenie a meno lekára. <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie			
meno lekára	zdravotnícke zariadenie	deň	mesiac rok
U ktorého lekára absolvujete (budete absolvovať) kontrolné vyšetrenia počas pracovnej neschopnosti (uveďte meno, adresu a telefónne číslo lekára).			
Kde sa zdržujete počas pracovnej neschopnosti? Uveďte presnú adresu a telefónne číslo.			

**VYHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplní poistený alebo jeho zákonný zástupca)**

Vyhlasujem, že v tomto oznámení o pracovnej neschopnosti som uviedol pravdivé a úplné údaje. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek zdravotnej a inej dokumentácie týkajúcej sa mojej pracovnej neschopnosti a mojej zdravotnej anamnézy a zbavujem zdravotníckych pracovníkov záväzku mlčanlivosti.

Poistné plnenie poukážete na:	Meno a adresu:		
alebo na:	Bankový účet:	Kód banky:	Vedený v:

V prípade, že žiadate poukázať poistné plnenie na bankový účet v zahraničí, uveďte aj kódy IBAN a SWIFT.

Vyhlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného/spolupoisteného: Čestne vyhlasujem, že som zákonným zástupcom maloletého poisteného.

Meno zákonného zástupcu:	Rodné číslo: <input type="text"/>	
V	dňa	podpis poisteného / zákonného zástupcu maloletého poisteného

Meno, priezvisko, titul:	Rodné číslo: <input type="text"/>	Tel. číslo:
Adresa trvalého pobytu: (ulica, číslo, obec)	PSČ: <input type="text"/>	

Dátum začiatku pracovnej neschopnosti poisteného:	deň	mesiac	rok	Uvedte číslo dokladu PN (tlačivo Sociálnej poisťovne)
Popíšte ochorenie a uveďte diagnózu ochorenia alebo úrazu, pre ktoré je poistený pracovne neschopný:				
Kedy poistený vyhľadal lekárske ošetrovanie pre ochorenie alebo úraz, ktoré následne viedli ku vzniku pracovnej neschopnosti?	deň	mesiac	rok	hodina
Bol poistený pre rovnaké ochorenie, zdravotné ťažkosti alebo úraz už v minulosti liečený alebo pracovne neschopný?				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Kedy a kde sa liečil?	deň	mesiac	rok	Meno lekára
Zdravotnícke zariadenie				
Ako dlho trvala pracovná neschopnosť?	Začiatok:	deň	mesiac	rok
	Koniec:	deň	mesiac	rok

Sú zdravotné ťažkosti, ktoré viedli k súčasnej pracovnej neschopnosti dôsledkom ochorení, zdravotných ťažkostí alebo úrazov, ktorými trpel poistený už v minulosti?				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Ak áno, nižšie prosím uveďte druh zdravotných ťažkostí, ochorenia, dátum diagnostikovania a obdobie liečenia:					
DRUH OCHORENIA	DÁTUM DIAGNOSTIKOVANIA			ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE, KDE PREBIEHALA LIEČBA	OBDOBIE LIEČENIA
	deň	mesiac	rok		
	deň	mesiac	rok		
	deň	mesiac	rok		
	deň	mesiac	rok		

Uvedte predpokladaný dátum ukončenia pracovnej neschopnosti:
Na akej adrese sa bude poistený počas pracovnej neschopnosti zdržiavať:
Má poistený počas pracovnej neschopnosti povolené vychádzky? Ak áno, v akom čase?
Ďalšie oznámenia a poznámky ošetrojúceho lekára:

Vážený pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na prednej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 €.

**Upozornenie:** V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie uvedenú odmenu.

V	dňa	..... pečiatka a podpis lekára
Meno lekára:		
Adresa:		
Číslo účtu:		