

USMERNENIA PRE POISTENÉHO

- 1) Ak je poistený pracovne neschopný dlhšie ako 30 dní po uplynutí karenčnej doby, je povinný si dať túto pokračujúcu pracovnú neschopnosť opätovne potvrdiť ošetrujúcim 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.
- 2) V prípade ukončenia pracovnej neschopnosti je poistený povinný k vyplnenému tlačivu poisťovne „Potvrdenie o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti“ priložiť **čitateľnú kópiu potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti vystavenú ošetrujúcim lekárom na tlačive Sociálnej poisťovne s uvedeným dátumom ukončenia pracovnej neschopnosti.**
- 3) **V prípade pracovnej neschopnosti spolupoistenej osoby mladšej ako 18 rokov** musí byť prílohou „Potvrdenia o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti“ kópia **rodného listu spolupoistenej osoby.**
- 4) **Ak je pracovne neschopná osoba mladšia ako 18 rokov, údaje v „Potvrdení o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti“ musí svojim podpisom potvrdiť aj 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"/>	
Čísla poistných zmlúv, ktorými ste poistený pre prípad pracovnej neschopnosti:		

Splnomocňujem Wüstenrot poisťovňu, a.s., aby vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave a zbavujem zdravotných pracovníkov záväzku mlčanlivosti.

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

Vyhlasujem zákonného zástupcu maloletého poisteného/spolupoisteneho:

Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

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

*** POTVRDENIE O TRVANÍ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI**

Nižšie uvedené údaje **vyplňte iba v prípade ďalšieho trvania pracovnej neschopnosti:**

Potvrdzujem, že pracovná neschopnosť, ktorá začala	deň	mesiac	rok	z dôvodu ochorenia/úrazu	<input type="text"/>
číselná diagnóza	<input type="text"/>	číslo potvrdenia Sociálnej poisťovne o PN	<input type="text"/>	ku dňu vystavenia tohto potvrdenia	<input type="text"/>
deň	mesiac	rok	, NAĎALEJ TRVÁ.		

*** POTVRDENIE O UKONČENÍ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI**

UPOZORNENIE

K Potvrdeniu o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti priložte v prípade ukončenia pracovnej neschopnosti kópie všetkých lekárskeho správ z vyšetrení a kontrolných ošetrení, vykonaných počas trvania pracovnej neschopnosti.

Nižšie uvedené údaje **vyplňte iba v prípade ukončenia pracovnej neschopnosti:**

Potvrdzujem, že pracovná neschopnosť, ktorá začala	deň	mesiac	rok	z dôvodu ochorenia/úrazu	<input type="text"/>
číselná diagnóza	<input type="text"/>	číslo potvrdenia Sociálnej poisťovne o PN	<input type="text"/>	ku dňu vystavenia tohto potvrdenia	<input type="text"/>
deň	mesiac	rok	, BOLA UKONČENÁ.		

Poistený bol pracovne neschopný od: do

* Vypĺňa lekáť, ktorý vystavil doklad o pracovnej neschopnosti.

Potvrdenie o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti vystavil: Pečiatka a podpis lekára
Meno a priezvisko lekára:	
Adresa zdravotného zariadenia:	
Tel. číslo:	