

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 poisťovnej zmluve, najdlhšie však do uplynutia 12 mesiacov od vzniku PN ak v poisťovnej zmluve nebolo dohodnuté inak.

K tlačivu poisťovne prosím vždy priložiť povinné doklady:

- kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“,
- všetky kópie lekárskej správy z celého priebehu liečby ochorenia, ktoré bolo dôvodom PN (ak ste boli počas PN hospitalizovaný, priložiť kópiu prepúšťacej správy)
- potvrdenie zamestnávateľa počas PN
- V prípade že ste SZČO/DNPO vždy doložiť potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok počas PN

Poisťovňa v súvislosti s poisťovnou 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 poisťovnej 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 dokladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, alebo online na www.kooperativa.sk cez online služby.

POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1

IČO: 00 585 441

DIČ: 2020527300

IČ DPH: SK7020000746

Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I, odd: Sa, vložka 79/B

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

Číslo poisťovnej zmluvy (z poistky)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska		PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	
Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti		

ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti	od	do (vrátane)	
Pracovná neschopnosť bola v dôsledku			
Choroby (uveďte diagnózy ochorení v dôsledku ktorých ste boli PN)			
Úrazu	Dátum úrazu	Hodina úrazu	Miesto úrazu
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)			
Popis poranenia/diagnóza			
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?		Boli ste vodičom v čase nehody?	
áno nie		áno nie	
Vyšetrovala úraz polícia?	Adresa polície		
áno nie			
Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne?	Kedy?	Ako?	
áno nie			
Došlo k poisťovnej udalosti pri športe?	Ste profesionálny športovec?		
áno nie	áno nie		

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na adresu		PSČ
na účet (IBAN)		Názov banky
áno	Vyhlasujeme, že som majiteľom uvedeného účtu	nie
		Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva 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) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti. Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojím zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas so spracúvaním osobných údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

ÁNO, DÁVAM SÚHLAS

NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

Ste politicky exponovanou osobou?

nie áno¹

Ste sankcionovou osobou?

nie áno¹

V	Dňa	Úradne overený podpis poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného*	Číslo dokladu totožnosti
---	-----	---	--------------------------

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group 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	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby ² , ktorá identifikovala klienta ³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy (prípadne pečiatka)
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

¹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

³ 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 OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI			
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			PSČ
Telefonický kontakt		E-mail	
Potvrďujem pracovnú neschopnosť poisteného			
Meno a priezvisko			Rodné číslo
Z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala	od	do (vrátane)	číslo PN
Meno lekára, adresa zdrav. zariadenia, ktoré PN vystavilo			
Uveďte všetky diagnózy, ktoré boli dôvodom tejto pracovnej neschopnosti (prosíme uviesť všetky diagnózy počas celej PN 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 - uveďte či sa poistený v minulosti liečil, alebo bol vyšetrený ošetrovaný na ochorenia pre ktoré je teraz PN (uveďte číslo diagnóz)			
áno			
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.:
nie			
Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky? Aké (stručný popis)?			
nie áno			
Bola pracovná neschopnosť vystavená pre úraz alebo ochorenie v dôsledku (v prípade označenia „áno“ podčiarknite dôvod)			
vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok	Akých?	%o alkoholu v krvi	
nie áno			
liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr			
nie áno			
úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privedenia choroby			
nie áno			
doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko-roburačného pobytu, kúpeľnej liečby od			do
nie áno			
tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva, alebo potratu			
nie áno			
profesionálneho vykonávania športu			
nie áno			
V	Dňa	Pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára	

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA

Ak ste zamestnaný - potvrdenie vyplňuje zamestnávateľ

Potvrďujeme, že (meno a priezvisko)

bol počas práceneschopnosti, ktorá trvala	od	do	u nás nepretržite zamestnaný
---	----	----	------------------------------

v prípade ukončenia pracovného pomeru, alebo pracovného pomeru na dobu určitú uveďte dátum pracovného pomeru vo Vašej organizácii	od	do
---	----	----

Názov a adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti :

Ak ste SZČO (samostatne zárobkovo činná osoba) alebo DNPO (dobrovoľne neocensky poistená osoba) - potvrdenie vyplňuje SZČO, DNPO

Ja (meno a priezvisko)

Čestne prehlasujem, že som počas práceneschopnosti ktorá trvala	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 alebo DNPO vždy doložte potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok počas PN.

V	Dňa	Pečiatka a podpis zamestnávateľa/pečiatka a podpis SZČO, DNPO
---	-----	---