

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

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poisťnou zmluvou 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) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOOPERATIVA 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 poisťnej zmluve a posúdenia poisťnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojim zdravotným stavom.

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

ÁNO, DÁVAM SÚHLAS

NIE , NEDÁVAM SÚHLAS

Je poistený politicky exponovanou osobou? NIE ÁNO ¹

Je poistený sankcionovanou osobou ? NIE ÁNO ¹

V..... dňa

.....
úradne overený podpis poisteného*

.....
číslo dokladu totožnosti

***Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

.....
dátum a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta

.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby²,
ktorá identifikovala klienta³

.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

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.

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti

Ošetrojúci lekár MUDr.

Názov a adresa zdrav. zariadenia

PSČ e-mail.....

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného.....

..... rod. č.

z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala od do vrátane; číslo PN:.....

Meno lekára, adresa zdrav. zariadenia, ktoré PN vystavilo.....

Uvedte diagnózu, resp. diagnózy, ktoré boli dôvodom tejto PN

(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 - uvedte či sa poistený v minulosti liečil, alebo bol vyšetrený ošetrovaný na ochorenia pre ktoré je teraz PN (uvedte číslo diagnóz)

áno

1. Dg: od do súvisí s Dg.:

2. Dg: od do súvisí s Dg.:

3. Dg: od do súvisí s Dg.:

4. Dg: od do súvisí s Dg.:

5. Dg: od do súvisí s Dg.:

nie

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky? nie áno Aké (stručný popis) ?

Vznikol úraz alebo choroba pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok áno Akých? % alkoholu v krvi nie

2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privodenia choroby áno nie

3. profesionálneho vykonávania športu áno nie

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu nie áno od do

5. kúpeľnej liečby áno nie

6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu áno nie

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr áno nie

V dňa

pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrojúceho lekára

Ak ste : zamestnaný potvrdenie - vyplňuje zamestnávateľ

Potvrdzujeme, 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 uvedte dátum pracovného pomeru vo Vašej organizácii **od** :**do**:).

Názov a adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti :
.....

Ak ste: SZČO /samostatne zárobkovo činná osoba/ **alebo DNPO** /dobrovoľne nemocensky poistená osoba) - 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