

OZNÁMENIE O VZNIKU NEPRETRŽITEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI DENNÁ DÁVKA PRE PRÍPAD DOČASNEJ PRÁCENESCHOPNOSTI

Dennú dávku za práceneschopnosť vypláca poistovňa za dni práceneschopnosti po uplynutí čakacej doby, ktorá je dojednaná v poistnej zmluve, najdlhšie však do uplynutia 12 mesiacov od vzniku PN ak v poistnej zmluve nebolo dohodnuté inak.

K tlačivu poistovne prosím **vždy priložte**:

- kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“,
- všetky kópie lekárskych správ z celého priebehu liečby ochorenia, ktoré bolo dôvodom práceneschopnosti (ak ste boli počas PN hospitalizovaný, priložte kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie/í)
- potvrdenie zamestnávateľa počas PN
- V prípade ste SZČO/DNPO vždy doložte potvrdenie zo Sociálnej poistovne o poberaní nemocenských dávok počas PN

Poistovňa v súvislosti s poistou udalosťou nie je povinná hrať 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 poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je poistený alebo oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poistovni úradne overený preklad alebo lekárské správy potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOPERATIVA poistovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, alebo online [na www.koop.sk](http://www.koop.sk) cez online služby.

Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy

Priezvisko, meno poisteného rodné číslo

Adresa domov.....

PSČ  e-mail

Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti

Údaje o pracovnej neschopnosti (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od dovrátane

Pracovná neschopnosť bola v dôsledku :

úrazu

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu.....

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu).....

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ

Popis poranenia./diagnóza.....

Vyšetrovala úraz polícia? nie áno Adresa polície

Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne? nie áno

Kedy? Ako?.....

Došlo k poistnej udalosti pri športe ? nie áno Ste profesionálny športovec ? nie áno

choroby

Uvedte diagnózy ochorenia v dôsledku ktorých ste boli PN

Pokyny k výplaty poistného plnenia - vyplňuje poistený

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na číslo účtu IBAN :

názov účtu

na adresu.....

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

Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poistovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou 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 poistovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOPERATIVA poistovňa, 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 zavajem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojím 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 ÁNO¹

Je poistený sankcionovanou osobou ? NIE ÁNO¹

V..... dňa
..... úradne overený podpis poisteného* číslo dokladu totožnosti

*Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poistovňa, 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 uvádzajú aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konáť.

³ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádzajú aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovanie. Zároveň sa uvádzajú obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

Potvrdenie ošetrujúceho lekára o pracovnej neschopnosti

Ošetrujúci lekár MUDr.

Názov a adresa zdrav. zariadenia

PSČ ☎ e-mail.....

Potrvdzujem 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.....

Uvedťte 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 - uvedťte či sa poistený v minulosti liečil, alebo bol vyšetrený ošetrený na ochorenia pre ktoré je teraz PN (uveďte 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 práca neschopný, 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 ošetrujúceho 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 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 nemocensky poistená osoba) - vyplňuje SZČO, DNPO

Ja (meno a priezvisko) **čestne prehlasujem**, že som počas práceneschopnosti ktorá trvala od do..... ***nevylkonával / 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