

Oznámenie o pracovnej neschopnosti

Toto potvrdenie o pracovnej neschopnosti čo najskôr:

- zašlite na adresu: Generali Poist'ovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava alebo
- odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste banky, ktorá poskytla úver/pôžičku.

Doklady, ktoré je potrebné doručiť s potvrdením:

- kópia potvrdenia pracovnej neschopnosti ("kladenka") pre Sociálnu poisťovňu vrátane kópie ukončenia pracovnej neschopnosti
- kópie lekárskeho správ z celého priebehu liečby

Poistený

VYPLNÍ POISTENÝ

Titul, meno, priezvisko		Rodné číslo/IČO	
Adresa		Telefónne číslo	
		Štátna príslušnosť	
<input type="checkbox"/> Zamestnanec	Zamestnávateľ Pracovná pozícia		
<input type="checkbox"/> SZČO	Druh podnikateľskej činnosti Miesto výkonu práce		
<input type="checkbox"/> Nezamestnaný	Dátum odkedy		

Vyhlásenie poisteného

Súhlasím, aby si Generali Poist'ovňa, a. s., vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Dátum:

Podpis poisteného

VYPLNÍ LEKÁR

Dôvod PN	<input type="checkbox"/> pracovný úraz <input type="checkbox"/> úraz zavinený inou osobou <input type="checkbox"/> ostatné	<input type="checkbox"/> chronické ochorenie <input type="checkbox"/> choroba z povolania
Dátum, odkedy je pacient PN		
Diagnóza	podľa WHO	
Hlavná diagnóza		
Ostatné diagnózy		
Slovný opis		
Vystavenie potvrdenia pre Sociálnu poisťovňu	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Dôvod		
Hospitalizácia	od	do
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára		
Adresa lekára, na ktorej je dostupná zdravotná dokumentácia		
Názov nemocničného zariadenia (vrátane oddelenia)		

pokračovanie na ďalšej strane >>>

Vychádzky	odo dňa			
	od	do	od	do
Zmena vychádzok	odo dňa			
	od	do	od	do
Predošlá liečba rovnakého ochorenia / postihnutie poranenej časti pred úrazom	<input type="checkbox"/> áno		<input type="checkbox"/> nie	
	Ak áno, kedy?			
Vplyv alkoholu	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	‰ toxických látok	
Prvé lekárske ošetrovanie (miesto, dátum)				
Prvé príznaky ochorenia/ úrazu (vrátane dátumu)				
Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)				
Konečná diagnóza				
Dátum ošetrovania				
Dátum budúcej kontroly				
Predpoklad trvania PN				
Schopný práce od				

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto:

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

VYPLNÍ LEKÁR V PRÍPADE DLHODOBEJ PRÁCENESCHOPNOSTI

Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)				
Konečná diagnóza				
Dátum ošetrovania				
Dátum budúcej kontroly				
Predpoklad trvania PN				
Schopný práce od				

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto:

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

pokračovanie na ďalšej strane >>>

Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)	
Konečná diagnóza	
Dátum ošetrenia	
Dátum budúcej kontroly	
Predpoklad trvania PN	
Schopný práce od	

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto:

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)	
Konečná diagnóza	
Dátum ošetrenia	
Dátum budúcej kontroly	
Predpoklad trvania PN	
Schopný práce od	

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto:

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Poistovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa a v pobočkách poisťovateľa.