

Potvrdenie o pracovnej neschopnosti

Toto potvrdenie o pracovnej neschopnosti čo najskôr zašlite na adresu:
Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava

Doklady, ktoré je potrebné doručiť s potvrdením:

- kópia potvrdenia o pracovnej neschopnosti („kladenka“) pre Sociálnu poisťovňu vrátane kópie potvrdenia o ukončení pracovnej neschopnosti
- kópie lekárskeho správ z celého priebehu liečby

Prosíme, aby ste toto oznámenie predložili svojmu ošetrovateľskému lekárovi na vyplnenie. Za vyplnenie druhej strany oznámenia uhradíte lekárovi ním účtovaný honorár, pretože ide (podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR o liečebnej starostlivosti poskytovanej za úhradu) o výkon, ktorý nesleduje liečebný účel a je vykonaný na vašu žiadosť a vo vašom vlastnom záujme. Generali Poistovňa, a. s., sa bude podieľať na jeho úhrade (max. do výšky 7 € po doložení príjmového dokladu).

VYPLNÍ POISTENÝ

Uvedte, prosím, čísla všetkých poisťiek, ktorými ste úrazovo poistený:

| | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------|--|
| Titul, meno, priezvisko | | Rodné číslo/IČO | |
| Adresa bydliska | | 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 | | |

Vyhlasenie poisteného: Vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol(a) pravdivo a úplne, že som k hlásenému závažnému ochoreniu vyplnil(a) pre Generali Poistovňa, a. s., iba toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Poistovňa, a. s., na prešetrenie poisťnej udalosti vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu o mojom zdravotnom stave a liečení.

Dostali ste alebo dostanete náhradu mzdy za dobu pracovnej neschopnosti z dôvodu choroby alebo úrazu (choroba z povolania, pracovný úraz a podobne) – okrem poisťného plnenia poisťovne Generali? áno nie

Poisťné plnenie poukážte na:

Číslo účtu (IBAN): Kód banky

Dátum:

Podpis poisteného

VYPLNÍ LEKÁR

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| Dôvod PN | <input type="checkbox"/> pracovný úraz | <input type="checkbox"/> chronické ochorenie |
| | <input type="checkbox"/> úraz zavinený inou osobou | <input type="checkbox"/> choroba z povolania |
| | <input type="checkbox"/> ostatné | |
| Dátum, odkedy je pacient PN | | |
| Diagnóza | podľa WHO | |
| Hlavná diagnóza | | |
| Ostatné diagnózy | | |
| Slovný opis | | |

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------|----|
| 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 | %o toxických látok | |
| Prvé lekárske ošetrenie (miesto, dátum) | | | | |
| Prvé príznaky ochorenia/ opis úrazu (vrátane dátumu) | | | | |
| 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 ošetrujúceho 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.

VYPLNÍ LEKÁR V PRÍPADE DLHODOBEJ PRÁČENESCHOPNOSTI

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 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 ošetrujúceho lekára