

## USMERNENIA PRE POISTENÉHO

- Poistený je povinný Oznámenie o pracovnej neschopnosti doručiť do sídla poisťovne, Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, čo najskôr po začatí pracovnej neschopnosti, najneskôr však v deň nasledujúci po uplynutí karenčnej doby uvedenej v poisťovnej zmluve, ktorá predstavuje 14 alebo 28 dní, v závislosti od druhu dojednaného poistenia.
- Prvú stranu Oznámenia vyplní poistený, druhú stranu vyplní odborný lekár, ktorý ochorenie alebo úraz lieči.
- Ak je poistený pracovne neschopný dlhšie ako 30 dní po uplynutí karenčnej doby, je v závislosti od dojednaných poisťovných podmienok platných pre poisťovnú zmluvu povinný si dať túto pokračujúcu pracovnú neschopnosť opätovne potvrdiť ošetroujúcim lekárom po každých 30 dňoch jej trvania po uplynutí karenčnej doby, resp. po každých 30 dňoch jej trvania po uplynutí karenčnej doby vždy k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci, a to na tlačive poisťovne „Potvrdenie o trvaní alebo ukončení pracovnej neschopnosti“ a doručiť ho najneskôr do 30 dní do sídla poisťovne.
- Prílohou Oznámenia o pracovnej neschopnosti musí byť **čitateľná kópia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti vystavená ošetroujúcim lekárom na tlačive Sociálnej poisťovne.**
- V prípade pracovnej neschopnosti spolupoistenej osoby mladšej ako 18 rokov** musí byť prílohou Oznámenia o pracovnej neschopnosti kópia **rodného listu spolupoistenej osoby.**
- Ak je pracovne neschopná osoba mladšia ako 18 rokov, údaje** v Oznámení o pracovnej neschopnosti **musí svojim podpisom potvrdiť i zákonný zástupca poistenej/spolupoistenej osoby.**

## ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

Meno, priezvisko, titul:	Rodné číslo:	Tel. číslo:
Adresa trvalého bytu: (ulica, číslo, obec)	PSČ:	
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa):		
Číslo poisťovných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad pracovnej neschopnosti:		

## ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

## ZODPOVEDAJTE PROSÍM PODROBNE NASLEDUJÚCE OTÁZKY:

Ktorý dátum je stanovený lekárom ako začiatok Vašej pracovnej neschopnosti?	deň	mesiac	rok		
1. deň nasledujúci po ukončení karenčnej doby:	deň	mesiac	rok		
Kto a kedy vystavil doklad o PN?	meno lekára	adresa zdravotníckeho zariadenia	deň	mesiac	rok
Uvedte číslo dokladu pracovnej neschopnosti (tlačivo Sociálnej poisťovne)					
Uvedte meno a adresu lekára, ktorý stanovil diagnózu					
Uvedte diagnózu ochorenia					
Kedy ste pocítili prvé zdravotné problémy v súvislosti s ochorením, kvôli ktorému si nárokuje dennú dávku za pracovnú neschopnosť?					
Liečili ste sa na ochorenie, ktoré je príčinou Vašej súčasnej pracovnej neschopnosti už v minulosti? Ak áno, uveďte deň, mesiac a rok, zdravotnícke zariadenie a meno lekára. <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie					
meno lekára	zdravotnícke zariadenie		deň	mesiac	rok
U ktorého lekára absolvujete (budete absolvovať) kontrolné vyšetrenia počas pracovnej neschopnosti (uveďte meno, adresu a telefónne číslo lekára).					

## V ČASE VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI STE BOLI:

študentom denného štúdia strednej alebo vysokej školy	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	samostatne zárobkovo činnou osobou/živnostníkom	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
na materskej alebo rodičovskej dovolenke	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	(ak áno, k Oznámeniu o pracovnej neschopnosti je <b>potrebne doložiť kópiu živnostenského listu</b> )	
starobný alebo invalidný dôchodca	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	! <b>Upozornenie:</b> Ak je poistený SZČO a v súlade s dojednanými poisťovnými podmienkami sa výška dennej dávky za pracovnú neschopnosť určuje v závislosti od rozhodujúceho príjmu ku dňu nasledujúcemu po uplynutí karenčnej doby, k novej likvidácii je potrebné doručiť aj vyplnené tlačivo poisťovne "Potvrdenie daňového úradu".	
nezamestnaný	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Iný status v čase vzniku PN (presne špecifikujte):	
zamestnaný	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<b>POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA:</b>	

Potvrdzujem, že (meno, priezvisko, r. č.)	bol k dátumu(dátum začiatku pracovnej neschopnosti)	deň	mesiac	rok
zamestnancom spoločnosti (názov spoločnosti)				
Kontakt na zamestnávateľa (adresa, tel. číslo, e-mail):	Potvrdzujem, že výška priemerného mesačného zárobku* pre pracovnoprávne účely ku dňu nasledujúcemu po uplynutí karenčnej doby uvedenému poisteným v tomto tlačive bola <input type="text"/> eur.			
V <input type="text"/> dňa <input type="text"/>	Podpis zástupcu zamestnávateľa (s uvedením funkcie) a pečiatka zamestnávateľa:			

\* Priemerný mesačný zárobok je priemerný hodinový zárobok zistený zo súčtu mzdy a náhrad mzdy zúčtovaných zamestnancom za kalendárny štvrtrok bezprostredne predchádzajúci štvrtroku, v ktorom sa priemerný mesačný zárobok zisťuje, násobený priemerným počtom pracovných hodín pripadajúcich v roku na jeden mesiac podľa týždenného pracovného času.

## VYHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňa poistený alebo jeho zákonný zástupca)

Vyhlasujem, že v tomto oznámení o pracovnej neschopnosti som uviedol pravdivé a úplné údaje. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek zdravotnej a inej dokumentácie týkajúcej sa mojej pracovnej neschopnosti a mojej zdravotnej anamnézy a zbavujem zdravotníckych pracovníkov záväzku mlčanlivosti.

Poistné plnenie poukážete na:	Meno a adresu:
alebo na:	Bankový účet: <input type="text"/> Kód banky: <input type="text"/> Vedený v: <input type="text"/>

V prípade, že žiadate poukázať poistné plnenie na bankový účet v zahraničí, uveďte aj kódy IBAN a SWIFT.

Vyhlasenie zákonného zástupcu maloletého poisteného/spolupoisteneho: Čestne vyhlasujem, že som zákonným zástupcom maloletého poisteného.

Meno zákonného zástupcu:	Rodné číslo:
V <input type="text"/> dňa <input type="text"/>	podpis poisteného / zákonného zástupcu maloletého poisteného

## ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

Meno, priezvisko, titul:

Rodné číslo:

Tel. číslo:

Adresa trvalého pobytu:  
(ulica, číslo, obec)

PSČ:

## ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Dátum začiatku pracovnej neschopnosti poisteného:

deň

mesiac

rok

Uvedte číslo dokladu PN (tlačivo Sociálnej poisťovne)

Popíšte ochorenie a uveďte diagnózu ochorenia alebo úrazu, pre ktoré je poistený pracovne neschopný:

Kedy poistený vyhľadal lekárske ošetrovanie pre ochorenie alebo úraz,  
ktoré následne viedli ku vzniku pracovnej neschopnosti?

deň

mesiac

rok

hodina

Bol poistený pre rovnaké ochorenie, zdravotné ťažkosti alebo úraz už v minulosti liečený?

 Áno Nie

Ak áno, kedy a kde sa liečil?

deň	mesiac	rok	MENO LEKÁRA	ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE

Bol poistený pre rovnaké ochorenie, zdravotné ťažkosti  
alebo úraz už v minulosti pracovne neschopný? Áno  Nie

Ak áno, ako dlho trvala pracovná neschopnosť?

Začiatok PN:	deň	mesiac	rok	Koniec PN:	deň	mesiac	rok

Sú zdravotné ťažkosti, ktoré viedli k súčasnej pracovnej neschopnosti dôsledkom ochorenia, zdravotných ťažkostí alebo úrazov, ktorými trpel poistený už v minulosti?

 Áno Nie

Ak áno, nižšie prosím uveďte druh zdravotných ťažkostí, ochorenia, dátum diagnostikovania a obdobie liečenia:

DRUH OCHORENIA / ZDRAVOTNÝCH ŤAŽKOSTÍ	DÁTUM DIAGNOSTIKOVANIA			ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE, KDE PREBIEHALA LIEČBA	OBDOBIE LIEČENIA
	deň	mesiac	rok		

Uvedte predpokladaný dátum ukončenia pracovnej neschopnosti:

Na akej adrese sa bude poistený počas pracovnej neschopnosti zdržiavať:

Má poistený počas pracovnej neschopnosti povolené vychádzky? Ak áno, v akom čase?

Ďalšie oznámenia a poznámky ošetrojúceho lekára:

Vážený pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na prednej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 €.

**Upozornenie:** V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedodržania požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie uvedenú odmenu.

V	dňa	pečiatka a podpis lekára
Meno lekára:		.....
Adresa:		
Číslo účtu:		