

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

k spotrebnému úveru* hypotekárnemu úveru* flexipôžičke*
 revolvingovému úveru* flexikarte* iné _____

*príslušný typ vyznačte krížikom

Vypĺňte, prosím, toto oznámenie čitateľa, paličkovým písmom.

Všetky informácie, o ktorých sa poisťovateľ dozvie pri zisťovaní zdravotného stavu poisteného, smie použiť iba pre svoju potrebu.

Toto vyplnené oznámenie poistnej udalosti zašlite prosím čo najskôr na adresu poisťovne Generali Slovensko, prípadne odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste VÚB, a.s., spolu s nasledujúcimi dokladmi:

- kópia Pracovnej neschopnosti vystavená pre Sociálnu poisťovňu s príslušným číslom diagnózy a dátumom najbližšej kontroly
- po ukončení pracovnej neschopnosti kópia Pracovnej neschopnosti vystavená pre Sociálnu poisťovňu s dátumom ukončenia pracovnej neschopnosti
- v prípade hospitalizácie, kópie prepúšťacích správ z hospitalizácie

V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti si na originály tlačiva (2.strana) nechajte svojim ošetrovujúcim lekárom najmenej raz za kalendárny mesiac potvrdiť trvanie pracovnej neschopnosti a najneskôr do 5. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca zašlite tlačivo na adresu poisťovne.

Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že poisťovňa nebude môcť poskytnúť zodpovedajúce poistné plnenie, nakoľko nebude skončené šetrenie potrebné na zistenie rozsahu plníť.

Vyplní poistený

Titul, meno, a priezvisko: _____	Rodné číslo: _____
Telefónne číslo: _____ <input type="checkbox"/> Zamestnanec: _____	Zamestnávateľ: _____
Adresa, vrátane PSČ: _____	zamestnaný ako: _____
_____ <input type="checkbox"/> SZČO	druh podnik. činnosti: _____
_____	miesto výkonu práce: _____
štátna príslušnosť: _____ <input type="checkbox"/> Nezamestnaný - od kedy - presný dátum: _____	

Vyhlásenie poisteného

Súhlasím, aby poisťovateľ vyžiadal potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Obdržali ste alebo obdržíte náhradu mzdy za dobu pracovnej neschopnosti z dôvodu choroby labo úrazu (choroba z povolania, pracovný úraz a podobne) - okrem poistného plnenia poisťovne Generali Slovensko ?

nie áno, od koho, v akej výške a za aké obdobie: _____

Miesto a dátum: _____ Druh a číslo dokladu totožnosti: _____ Podpis : _____

Vyplní lekár

Dôvod pracovnej neschopnosti: pracovný úraz chronické ochorenie ostatné
 úraz zavinený inou osobou choroba z povolania

Neschopný práce od: _____ **Diagnóza:** Hlavná diagnóza _____ Ostatné diagnózy _____ Slovami _____
podľa WHO: _____

Hospitalizácia: od _____ do _____
Odborný lekár v čase liečby/Meno a adresa lekára, kde je zdravotná dokumentácia _____
Názov nemocničného zariadenia, vrátane oddelenia: _____

Vychádzky: Od dňa _____ od _____ do _____ od _____ do _____ hod. Adresa poisteného v dobe dtrvania PN, pokiaľ nie je to-
tožná s vyššie uvedenou adresou
Zmena vychádzok Od dňa _____ od _____ do _____ od _____ do _____ hod _____

Liečil sa pacient pre toto ochorenie predtým? nie áno, kedy? _____ Vplyv alkoholu? _____ % tox. Látok

Prvé lekárske ošetrenie (kde, dátum): _____
Prvé príznaky ochorenia/Popis úrazu (vrátane dátumu) _____
Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie _____
Dátum ošetrenia: _____ Dátum budúcej kontroly: _____ Predpoklad trvania PN _____ Schopný práce od: _____ Konečná diagnóza: _____

Vyhlasujem, že som zodpovedal/a pravdivo na všetky zadané otázky a som si vedomý/á dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto _____ Dátum _____ Podpis ošetrojúceho lekára _____ Pečiatka _____

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

Vypĺňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti

Titul, meno, priezvisko poisteného _____ Rodné číslo _____

2. strana

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:

Číslo legitimácie: _____ Dátum začiatku PN: _____

Dátum ošetrenia: _____ Dátum budúcej kontroly: _____ Predpoklad trvania PN: _____ **Schopný práce od:** _____

Konečná diagnóza:

Vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

_____ miesto

_____ dátum

_____ pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

Vypĺňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti

Titul, meno, priezvisko poisteného _____ Rodné číslo _____

2. strana

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:

Číslo legitimácie: _____ Dátum začiatku PN: _____

Dátum ošetrenia: _____ Dátum budúcej kontroly: _____ Predpoklad trvania PN: _____ **Schopný práce od:** _____

Konečná diagnóza:

Vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

_____ miesto

_____ dátum

_____ pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára