

# Potvrdenie pracovnej neschopnosti



Toto potvrdenie pracovnej neschopnosti zašlite čo najskôr na adresu:

**Generali Slovensko poisťovňa, a.s., Plynárenská 7/C, 824 79, Bratislava.**

V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti zašlite kópiu prvej strany tlačiva na hore uvedenú adresu, na originály tlačiva si nechajte svojím ošetrovateľom najmenej raz za kalendárny mesiac potvrdiť trvanie neschopnosti na rubovej strane tlačiva a najneskôr do 5.dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca zašlite tlačivo na našu adresu. Prípadné náklady na vyplnenie tohto tlačiva nesie poistený.

- Ak Vám bolo vystavené potvrdenie pracovnej neschopnosti pre Sociálnu poisťovňu, priložte jeho kópiu, vrátane kópie ukončenia PN.
- V prípade ukončenia hospitalizácie zašlite kópiu prepúšťacej správy.
- V prípade nedostatku miesta použite rubovú stranu formulára, prípadne priložte zvláštny list alebo kópiu dokumentácie.

Úver č. :

## Vyplní poistený

<b>Meno, priezvisko, titul:</b>		<b>Rodné číslo/ IČO :</b>	<b>Štátna príslušnosť :</b>
<b>Adresa:</b>		<b>PSČ:</b>	<b>Telefón:</b>
<b>Zamestnanec</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zamestnávateľ</b>		
	<b>Zamestnaný ako:</b>		
<b>SZČO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Druh podnik. činnosti:</b>		
	<b>Miesto výkonu práce</b>		
<b>Nezamestnaný</b> <input type="checkbox"/>	<b>Od kedy - presný dátum</b>		

## Prehlásenie poisteného

Súhlasím, aby si Generali Poisťovňa a.s. vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.  
Obdržali ste alebo obdržíte náhradu mzdy za dobu pracovnej neschopnosti z dôvodu choroby alebo úrazu (choroba z povolania, pracovný úraz a podobne) - okrem poistného plnenia poisťovne Generali?

<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO	<b>Ak áno, od koho, v akej výške a za aké obdobie:</b>		
<b>Poistné plnenie poukážete na číslo účtu:</b>	<b>Kód banky</b>	<b>Špecifický symbol</b>	
<b>Alebo na adresu:</b>	<b>Dátum a podpis poisteného:</b>		

## Vyplní lekár

Dôvod pracovnej neschopnosti:

Pracovný úraz  Úraz zavinený inou osobou  Chronické ochorenie  Choroba z povolania  Ostatné

Neschopný práce od:	Diagnóza	Hlavná diagnóza	Ostatné diagnózy	Slovami:
	Podľa WHO			
Bolo vystavené potvrdenie PN pre Sociálnu poisťovňu?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Dôvod		
Hospitalizácia:	Od dňa	do	Odborný lekár v čase liečby / Meno a adresa lekára, kde je zdravotná dokumentácia:	
Názov nemocničného zariadenia, vrátane oddelenia:				
Vychádzky:	Od dňa	od	do	Adresa poisteného v dobe trvania PN, pokiaľ nie je totožná s vyššie uvedenou adresou:
Zmena vychádzok	Od dňa	od	do	
Liečil sa už pacient pre toto ochorenie predtým? Postihnutie poranenej časti pred úrazom?				
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO Ak áno kedy ?:		<input type="checkbox"/> Vplyv alkoholu	% toxických látok	
Prvé lekárske ošetrenie (kde, dátum):				
Prvé príznaky ochorenia / Popis úrazu (popis vrátane dátumu):				
Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:				
Dátum ošetrenia :		Dátum budúcej kontroly:	Predpoklad trvania PN:	Schopný práce od:
Konečná diagnóza:				
Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.				
Druh dokladu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> INÉ			Číslo dokladu:	
V		Dátum	pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára	

**Vypíňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti**

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:							
Dátum ošetrenia :		Dátum budúcej kontroly:		Predpoklad trvania PN:		Schopný práce od:	
Konečná diagnóza:							
Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.							
V		Dátum			pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára		

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:							
Dátum ošetrenia :		Dátum budúcej kontroly:		Predpoklad trvania PN:		Schopný práce od:	
Konečná diagnóza:							
Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.							
V		Dátum			pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára		

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:							
Dátum ošetrenia :		Dátum budúcej kontroly:		Predpoklad trvania PN:		Schopný práce od:	
Konečná diagnóza:							
Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.							
V		Dátum			pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára		