

Potvrdenie o pracovnej neschopnosti - ZSE poistenie platieb

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

Prosíme, aby ste toto oznámenie predložili svojmu ošetrojúcemu 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.

VYPLNÍ POISTENÝ

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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		

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: 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	<input type="text"/>	
Ostatné diagnózy	<input type="text"/>	
Slovný opis	<input type="text"/>	

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

Poisťovateľ 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