

# Hlásenie pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu (z poistenia ušlého zárobku)

## Pokyny pre poisteného:

Číslo poistnej udalosti:  
Doručené:

- Nevyplňujte spolu s tlačivom „Oznámenie úrazu“.
- Vyplňte prosím hrubo orámovanú časť tlačiva. Lekársku správu ošetrojúceho lekára a doklad o pracovnej neschopnosti vyplní lekár, ktorý Vás lieči (liečil) a vystaví (vystavil) Vám doklad o pracovnej neschopnosti.
- V prípade, že medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením nie je uzavretá zmluva, uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 150,- Sk. Prijatie sumy Vám lekár potvrdí vystavením potvrdenky, ktorú priložte k oznámeniu.
- Vyplnené tlačivo zašlite na ktorékoľvek pracovisko Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., odbor poistenia osôb, likvidácia poistných udalostí (LPU).

**Uvedte prosím čísla všetkých poistiek, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., poistený(á) pre prípad ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti, pre prípad úrazu a pre prípad pobytu v nemocnici:**

Meno poisteného: ..... Rodné číslo: ..... Dátum narodenia: .....  
 Adresa zamestnávateľa: ..... Zamestnanie: .....  
 Adresa vlastnej firmy: .....  
 Trvalé bydlisko: ..... PSČ: .....  
 Telefón domov: ..... Telefón do zamestnania: .....

### Nasledujúci odsek vyplňte v prípade pracovnej neschopnosti z dôvodov ochorenia aj úrazu:

|  |  |
|--|--|
| Kedy ste v súvislosti s ochorením alebo úrazom, pre ktoré si nárokuje dennú náhradu, prvý raz navštívili lekára? | Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti?                             |
| Aká bola stanovená diagnóza?   | Ku ktorým lekárom chodíte na kontrolu? (uvedte meno, adresu a telefón):          |
| Meno a adresa lekára, ktorý diagnózu stanovil:   | Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti? Ak áno, uvedte kedy a kde: |

Kde ste sa kvôli úrazu alebo ochoreniu liečili a budete liečiť?  
 Meno a adresa: ..... Odbornosť: ..... Telefón: .....  
 Meno a adresa: ..... Odbornosť: ..... Telefón: .....  
 Meno a adresa: ..... Odbornosť: ..... Telefón: .....

Kde sa počas pracovnej neschopnosti zdržujete?  
 Adresa: .....  
 Telefón: .....  
 Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, uvedte presne dni a hodiny:

Ste poistený v inej poisťovni pre ušlý zárobok za dobu pracovnej neschopnosti? V ktorej a na akú dennú náhradu:  
 Obdržali ste alebo obdržíte ďalšiu náhradu mzdy za dobu trvania pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu (choroba z povolania, pracovný úraz a podobne)? Od koho, v akej výške a za aké obdobie:

### Nasledujúci odsek vyplňte len v prípade pracovnej neschopnosti priznanej výlučne z dôvodu úrazu:

Úraz nastal dňa: ..... o ..... hod., miesto .....  
 Popíšte, prosím súvisle a podrobne ako úraz nastal:

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| Ktorá časť tela bola poranená? | Bola táto časť tela postihnutá už pred týmto úrazom?<br>Ako? | Ste pravák <input type="checkbox"/><br>ľavák <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--|---|

Mená a adresy prípadných svedkov:  
 Prípad vyšetroval (adresa):

### VYHLÁSENIE

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave a fotokópiu dokladu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k požadovanému nároku (ak ju neprikladám teraz) na príslušnej správe sociálneho zabezpečenia. Súhlasím s tým, aby si Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., ak to bude nutné, vyžiadala potvrdenie o výške môjho čistého príjmu u zamestnávateľa, prípadne u príslušnej finančnej správy.

#### „Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas:

- s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s.,

#### Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas:

- so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy,
- s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté,
- s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru a do krajín, ktoré sú členskými štátmi OECD a ďalších krajín, a to aj v prípade, že nebudú splnené podmienky požadované zákonom na ochranu osobných údajov a kedy je potrebný osobitný súhlas dotknutej osoby,
- na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.“

Plnenie poukážte **na adresu / účet:** .....

V ..... dňa .....

**Podpis poisteného** (jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)

## Lekárska správa ošetrojúceho lekára a doklad o pracovnej neschopnosti

(V prípade, že nie je uzavretá zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto dokladu Vám patrí odmena vo výške 150,- Sk, jej prijatie potvrdíte prosím žiadateľovi potvrdenkou, v prípade nedostatku miesta napíšte odpovede na otázky na zvláštny list, alebo pošlite kópiu predmetnej zdravotnej dokumentácie)

**Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto oznámenia. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších evidencií uvádza:**

|   |   |
|---|---|
| Kedy bolo prvé lekárske ošetrenie pre uvedenú chorobu alebo úraz? Dňa ..... o hod. ....<br>Aká bola stanovená diagnóza, uveďte slovné i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb ( MKCH-10 ), ďalej uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:  |   |
| Zodpovedá, v prípade úrazu, telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju, ako je uvedené na 1. strane oznámenia? ÁNO - NIE<br><b>Opis (RTG, CT, NMR,...) nález zo dňa:</b>   |   |
| Popíšte prosím podrobne <b>spôsob a druh liečenia</b> (názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby, pri rehabilitácii uveďte druh liečby, ako často a ako dlho bola rehabilitácia vykonávaná):  |   |
| Bol poistený v súvislosti so súčasným ochorením alebo úrazom <b>hospitalizovaný</b> ? Kedy a ako dlho:<br>Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrojúceho lekára, telefón:  |   |
| <b>Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?</b><br>Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>   | Akého pravdepodobného druhu a rozsahu:  |
| <b>Došlo k ochoreniu / úrazu následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok?</b><br>Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/><br><br>V krvi bolo zistené ..... ‰ alkoholu.  | O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo: .....<br><br>Aké boli príznaky opitosti resp. návykových látok, do akej miery ovplyvnil požitý alkohol / návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvanie pracovnej neschopnosti? |
| <b>Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený?</b><br>Kedy a kde sa liečil:   | <b>V prípade úrazu, bola poranená končatina alebo orgán už pred týmto úrazom postihnutý (á)?</b><br>Kedy:<br>Ako:<br>V akom rozsahu:  |
| V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky? Ak áno, tak v ktorých dňoch a hodinách:   |   |
| Dodržiava pacient liečebný režim? Ak nie, ako bol porušený:   |   |
| Na kedy je stanovená nasledujúca kontrola u ošetrojúceho lekára?  |   |
| Je priebeh ochorenia či liečenia úrazu komplikovaný? Druh komplikácie:  |   |
| <b>Doba trvania pracovnej neschopnosti</b> podľa vystaveného hlásenia o pracovnej neschopnosti č. .... zo dňa .....<br><b>Práceschopný:</b> od ..... do .....<br><b>Práceschopný:</b> od .....  | Potvrdenie pracovnej neschopnosti bolo odoslané na pobočku Sociálnej poisťovne - adresa:<br><br>Ak nebola vystavená pracovná neschopnosť - prečo: .....   |
| Doklad o pracovnej neschopnosti u osôb nemocensky nepoistených:<br><b>Vypĺňajte len u osôb samostatne zárobkovo činných, ktoré nie sú nemocensky poistené.</b><br>Potvrdzujem, že na základe vyššie uvedenej lekárskej správy nedovoľuje (nedovoľoval) poistenému jeho zdravotný stav pre uvedenú chorobu alebo úraz vykonávať jeho doterajšiu samostatnú zárobkovú činnosť.<br><b>Pracovná neschopnosť trvala</b> od ..... do .....<br><b>Práceschopný:</b> od ..... |   |
| V prípade trvania PN jej predpokladaný koniec:  |   |
| <b>Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:</b>   |   |
| V prípade požiadavky revízneho lekára Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., vyslovuje ošetrojúci lekár súhlas k účinnej spolupráci.   |   |

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý(a) dôsledku nepravdivých odpovedí.

V ..... dňa .....

.....  
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára  
adresa zdrav. zariadenia a telefón