



# potvrdenie pracovnej neschopnosti /

číslo návrhu zmluvy / poisťnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplnený formulár zašlite na adresu: AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 812 55 Bratislava najneskôr ku dňu, od ktorého vám má byť uzatvorená denná dávka vyplatená. V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti si nechajte svojím ošetrovujúcim lekárom pravidelne po 30 dňoch potvrdiť trvanie pracovnej neschopnosti (3. časť tohto formulára) a zašlite ho na uvedenú adresu. Po ukončení pracovnej neschopnosti neodkladne zašlite vyplnený formulár, vrátane 4. časti, spolu s dokladom o výške hrubých príjmov za posledné uzatvorené zdaňovacie obdobie, pokiaľ bola dohodnutá denná dávka vyššia ako 19,92 € (600,11 Sk)<sup>9)</sup>, resp. 9,96 € (300,05 Sk)<sup>9)</sup> pre osobu bez zárobkovej činnosti, a kópiou dokladu o pracovnej neschopnosti na uvedenú adresu. Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša poistený.

## 1. časť - Vyplní poistený

Zamestnanec  SZČO

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																	
Adresa pobytu pri pracovnej neschopnosti													Nemocenské poistenie						
													<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie						
Zamestnanie, odbor / Druh podnikateľskej činnosti										Zamestnávateľ									
Poistné plnenie pripíšte na účet (ak nemáte účet, uveďte adresu, na ktorú vám má byť poistné plnenie zaslané)																			

Poistený prehlasuje, že nie je:  Na materskej/rodičovskej dovolenke  Nezamestnaný  V domácnosti  Študent  Dôchodca  Invalidný dôchodca  
 Súhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko vyžiadala potrebnú dokumentáciu súvisiacu s mojim zdravotným stavom.

Dátum podpisu	Miesto	Podpis poisteného

## 2. časť - Vyplní lekár na začiatku pracovnej neschopnosti

Dôvod pracovnej neschopnosti	<input type="checkbox"/> Pracovný úraz <input type="checkbox"/> Choroba z povolania	<input type="checkbox"/> Úraz zavinенý inou osobou <input type="checkbox"/> Ostatné choroby	<input type="checkbox"/> Sebapoškodzovanie	Podozrenie z vplyvu alkoholu, či iných omamných látok	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Neschopný práce od	Číslo dokladu pracovnej neschopnosti	Hospitalizácia od		do	
Diagnóza podľa WHO	Diagnóza slovom				
Popis lekárskeho nálezu - detailne (RTG - dátum a popis atď.). V prípade potreby uveďte podrobnejšie údaje na zvláštny list.					
Vychádzky (časové rozpätie)	od	do	od	do	
Zmena vychádzok odo dňa	od	do	od	do	

Liečil sa pacient na toto ochorenie, prip. úraz už skôr?  Áno  Nie  
 Ak áno, uveďte kedy (dátum), kde a ako?

Dátum podpisu	Miesto	Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára

## 3. časť - Vyplní lekár v priebehu pracovnej neschopnosti \*

Dátum kontroly, resp. ošetrenia	Dátum budúcej kontroly	Lekársky nález (zmena dg., spôsob rehabilitácie atď.)
Prebehlo jednanie LPK?	Ak áno, uveďte závery LPK	
<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		
Dátum podpisu	Miesto	Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára

\* V prípade pracovnej neschopnosti, prosíme vás, dodržte nasledovný postup: Z vyplneného formulára si urobte niekoľko kópií a svojmu ošetrovujúcemu lekárovi dajte pravidelne po 30 dňoch trvania PN potvrdiť iba 3. časť tohto formulára a zašlite ho na vyššie uvedenú adresu.

## 4. časť - Vyplní lekár pri ukončení pracovnej neschopnosti

Dátum ukončenia prac. neschopnosti	Schopný práce od	Bol prerušený liečebný režim?	Konečná diagnóza
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Dátum podpisu	Miesto	Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára	

<sup>9)</sup> Suma uvedená v slovenských korunách je prepočítaná na základe konverzného kurzu - 1 EUR = 30,1260 SKK. Duálne zobrazenie peňažnej sumy v slovenských korunách slúži len na informatívne účely.





# potvrdenie pracovnej neschopnosti /



číslo návrhu zmluvy / poisťnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplnený formulár zašlite na adresu: AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 812 55 Bratislava najneskôr ku dňu, od ktorého vám má byť uzatvorená denná dávka vyplatená. V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti si nechajte svojím ošetrovujúcim lekárom pravidelne po 30 dňoch potvrdiť trvanie pracovnej neschopnosti (3. časť tohto formulára) a zašlite ho na uvedenú adresu. Po ukončení pracovnej neschopnosti neodkladne zašlite vyplnený formulár, vrátane 4. časti, spolu s dokladom o výške hrubých príjmov za posledné uzatvorené zdaňovacie obdobie, pokiaľ bola dohodnutá denná dávka vyššia ako 19,92 € (600,11 Sk)<sup>9)</sup>, resp. 9,96 € (300,05 Sk)<sup>9)</sup> pre osobu bez zárobkovej činnosti, a kópiou dokladu o pracovnej neschopnosti na uvedenú adresu. Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša poistený.

## 1. časť - Vyplní poistený

Zamestnanec  SZČO

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																	
Adresa pobytu pri pracovnej neschopnosti													Nemocenské poistenie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie						
Zamestnanie, odbor / Druh podnikateľskej činnosti													Zamestnávateľ						
Poistné plnenie pripíšte na účet (ak nemáte účet, uveďte adresu, na ktorú vám má byť poistné plnenie zaslané)																			

Poistený prehlasuje, že nie je:  Na materskej/rodičovskej dovolenke  Nezamestnaný  V domácnosti  Študent  Dôchodca  Invalidný dôchodca  
Súhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko vyžiadala potrebnú dokumentáciu súvisiacu s mojim zdravotným stavom.

Dátum podpisu	Miesto	Podpis poisteného

## 2. časť - Vyplní lekár na začiatku pracovnej neschopnosti

Dôvod pracovnej neschopnosti	<input type="checkbox"/> Pracovný úraz <input type="checkbox"/> Choroba z povolania	<input type="checkbox"/> Úraz zavinený inou osobou <input type="checkbox"/> Ostatné choroby	<input type="checkbox"/> Sebaopoškodzovanie	Podозrenie z vplyvu alkoholu, či iných omamných látok	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Neschopný práce od	Číslo dokladu pracovnej neschopnosti	Hospitalizácia od			
		do			
Diagnóza podľa WHO	Diagnóza slovom				
Popis lekárskeho nálezu - detailne (RTG - dátum a popis atď.). V prípade potreby uveďte podrobnejšie údaje na zvláštny list.					

Vychádzky (časové rozpätie)	od	do	od	do
Zmena vychádzok odo dňa	od	do	od	do
Liečil sa pacient na toto ochorenie, prip. úraz už skôr?	Ak áno, uveďte kedy (dátum), kde a ako?			
<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie				
Dátum podpisu	Miesto	Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára		

## 3. časť - Vyplní lekár v priebehu pracovnej neschopnosti \*

Dátum kontroly, resp. ošetrenia	Dátum budúcej kontroly	Lekársky nález (zmena dg., spôsob rehabilitácie atď.)
Prebehlo jednanie LPK?	Ak áno, uveďte závery LPK	
<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		
Dátum podpisu	Miesto	Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára

\* V prípade pracovnej neschopnosti, prosíme vás, dodržte nasledovný postup: Z vyplneného formulára si urobte niekoľko kópií a svojmu ošetrovujúcemu lekárovi dajte pravidelne po 30 dňoch trvania PN potvrdiť iba 3. časť tohto formulára a zašlite ho na vyššie uvedenú adresu.

## 4. časť - Vyplní lekár pri ukončení pracovnej neschopnosti

Dátum ukončenia prac. neschopnosti	Schopný práce od	Bol prerušený liečebný režim?	Konečná diagnóza
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Dátum podpisu	Miesto	Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára	

<sup>9)</sup> Suma uvedená v slovenských korunách je prepočítaná na základe konverzného kurzu - 1 EUR = 30,1260 SKK. Duálne zobrazenie peňažnej sumy v slovenských korunách slúži len na informatívne účely.

Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 812 55 Bratislava, Slovensko  
Sídlo spoločnosti: AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 811 01 Bratislava, Slovensko  
Infolinka: 0850 11 11 22, Fax: +421 2 5949 1112, E-mail: info.zp@axa-sk.com, www.axa-sk.com  
IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B

12/2008

778 / 81

\*07\*

