



Potvrdenie o pokračovaní pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu (z poistenia ušlého zárobku)

Číslo poistnej udalosti:
Doručené:

Pokyny pre poisteného:

1. Vyplňte prosím hrubo orámovanú časť tlačiva. Lekársku správu ošetrojúceho lekára o pokračovaní pracovnej neschopnosti vyplní lekár, ktorý Vás lieči a vystavil Vám doklad o pracovnej neschopnosti.
2. V prípade, že medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením nie je uzatvorená zmluva, uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 3,32 EUR. Prijatie sumy Vám lekár potvrdí vystavením potvrdenky, ktorú priložte k oznámeniu.
3. Vyplnené tlačivo je doklad na uplatnenie nároku na dennú dávku za dlhšie trvajúcú pracovnú neschopnosť. Podľa podmienok poistenia sa denná dávka vypláca jedenkrát mesačne po doložení nároku poisteným.
4. Vyplnené tlačivo zašlite pokiaľ možno čo najrýchlejšie na ktorékoľvek pracovisko Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., odbor poistenia osôb, likvidácia poistných udalostí (LPU).

Meno poisteného: Rodné číslo:

Číslo poistnej zmluvy, z ktorej je uplatňovaná dávka:

Denná dávka je poskytovaná od.....a bola doposiaľ poskytnutá do.....

Uplatňujem nárok na dennú dávku od do.....

Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti? (Meno a adresa lekára)

Zmenili ste v priebehu pracovnej neschopnosti miesto, kde sa zdržujete? ÁNO-NIE Pokiaľ áno, uveďte:

Adresu súčasného pobytu: Telefón:

Máte stanovené lekárom vychádzky? Pokiaľ áno, uveďte presne dni a hodiny:

Obdržali ste, alebo obdržíte náhradu mzdy za dobu pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu (choroba z povolania, pracovný úraz a podobne), okrem poistného plnenia Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s. ? Od koho, v akej výške a za aké obdobie:

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 (pokiaľ ju neprikladám teraz) na príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne. 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.

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 3,32 EUR, 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. Aká bola stanovená diagnóza, uveďte slovné i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10), ďalej uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:	
Popíšte prosím podrobne spôsob a druh liečenia (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 hospitalizovaný ? Kedy a ako dlho: Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrojúceho lekára, telefón:	
Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený? Kedy a kde sa liečil:	V prípade úrazu, bola poranená končatina alebo orgán už pred týmto úrazom postihnutý (á)? Kedy: Ako: V akom rozsahu:
V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky? Ak áno, tak v ktoré dni a hodiny:	
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:	
Potvrdenie o trvaní pracovnej neschopnosti	
Potvrdzujem, že pracovná neschopnosť, ktorá bola stanovená dňa číslo dokladu PN.....ku dňu.....naďalej trvá.	
Predpokladané ukončenie pracovnej neschopnosti.....	
Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:	
V prípade požiadavky revízieho 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.

„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 osobitej 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 iných 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."

V dňa

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára
adresa zdrav. zariadenia a telefón