

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

k spotrebnému úveru* hypotekárnemu úveru* kreditnej karte*
 poisteniu splátok* revolvingového úveru* iné*

*príslušný typ vyznačte krížikom

Vyplňte, prosím, toto oznámenie čitateľne, paličkovým písmom.

Všetky informácie, o ktorých sa poisťovateľ dozvie pri zisťovaní zdravotného stavu poisteného, smie použiť iba pre svoju potrebu.

Toto vyplnené oznámenie poistnej udalosti zašlite prosím, čo najskôr, na adresu poisťovne Generali Poist'ovňa, a. s., spolu s nasledujúcimi dokladmi:

- kópia Pracovnej neschopnosti vystavená pre Sociálnu poisťovňu s príslušným číslom diagnózy a dátumom najbližšej kontroly
- po ukončení pracovnej neschopnosti kópia Pracovnej neschopnosti vystavená pre Sociálnu poisťovňu s dátumom ukončenia pracovnej neschopnosti
- v prípade hospitalizácie, kópie prepúšťacích správ z hospitalizácie

V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti si na originály tlačiva (2.strana) nechajte svojim ošetrojúcim lekárom najmenej raz za kalendárny mesiac potvrdiť trvanie pracovnej neschopnosti a najneskôr do 5. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca zašlite tlačivo na adresu poisťovne.

Neodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že poisťovňa nebude môcť poskytnúť zodpovedajúce poistné plnenie, nakoľko nebude skončené šetrenie potrebné na zistenie rozsahu plníť.

Vyplní poistený

Titul, meno, a priezvisko: _____	Rodné číslo: _____
Telefónne číslo: _____	<input type="checkbox"/> Zamestnanec: _____
Adresa, vrátane PSČ: _____	Zamestnávateľ: _____
_____	zamestnaný ako: _____
_____	<input type="checkbox"/> SZČO _____
_____	druh podnik. činnosti: _____
štátna príslušnosť: _____	miesto výkonu práce: _____
_____	<input type="checkbox"/> Nezamestnaný - od kedy - presný dátum: _____

Vyhlásenie poisteného

Súhlasím, aby poisťovateľ vyžiadal 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 Slovensko ?

nie áno, od koho, v akej výške a za aké obdobie: _____

Miesto a dátum: _____ Druh a číslo dokladu totožnosti: _____ Podpis : _____

Vyplní lekár

Dôvod pracovnej neschopnosti:	<input type="checkbox"/> pracovný úraz	<input type="checkbox"/> chronické ochorenie	<input type="checkbox"/> ostatné	
	<input type="checkbox"/> úraz zavinený inou osobou	<input type="checkbox"/> choroba z povolania		
Neschopný práce od: _____	Diagnóza: _____	Hlavná diagnóza _____	Ostatné diagnózy _____	Slovami _____
	podľa WHO: _____	_____	_____	_____
Hospitalizácia: od _____ do _____	Odborný lekár v čase liečby/Meno a adresa lekára, kde je zdravotná dokumentácia _____			
Názov nemocničného zariadenia, vrátane oddelenia: _____				
Vychádzky:	Od dňa _____ od _____ do _____ od _____ do _____ hod.	Adresa poisteného v dobe trvania PN, pokiaľ nie je to- tožná s vyššie uvedenou adresou		
Zmena vychádzok	Od dňa _____ od _____ do _____ od _____ do _____ hod			
Liečil sa pacient pre toto ochorenie predtým?				
Postihnutie poranenej časti pred úrazom:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, kedy? _____	<input type="checkbox"/> Vplyv alkoholu? _____ % tox. látok		
Prvé lekárske ošetrenie (kde, dátum):	_____			
Prvé príznaky ochorenia/Popis úrazu (vrátane dátumu)	_____			
Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie	_____			
Dátum ošetrenia: _____	Dátum budúcej kontroly: _____	Predpoklad trvania PN _____	Schopný práce od: _____	Konečná diagnóza: _____
Vyhlasujem, že som zodpovedal/a pravdivo na všetky zadané otázky a som si vedomý/á dôsledku nepravdivých odpovedí.				
Miesto _____	Dátum _____	Podpis ošetrojúceho lekára _____	Pečiatka _____	

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

Vypĺňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti

Titul, meno, priezvisko poisteného _____ Rodné číslo _____

2. strana

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:

Číslo legitimácie: _____ Dátum začiatku PN: _____

Dátum ošetrenia: _____ Dátum budúcej kontroly: _____ Predpoklad trvania PN: _____ **Schopný práce od:** _____

Konečná diagnóza:

Vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

_____ miesto _____ dátum _____ pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

Vypĺňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti

Titul, meno, priezvisko poisteného _____ Rodné číslo _____

2. strana

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:

Číslo legitimácie: _____ Dátum začiatku PN: _____

Dátum ošetrenia: _____ Dátum budúcej kontroly: _____ Predpoklad trvania PN: _____ **Schopný práce od:** _____

Konečná diagnóza:

Vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

_____ miesto _____ dátum _____ pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára