



OSNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA DENNÝCH DÁVOK PRI PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI Z DÔVODU OCHORENIA ALEBO ÚRAZU

POISTNÁ ZMLUVA č.:																				
Poistený	Meno, priezvisko a titul:																			
	Rodné číslo:										Tel. číslo:									
	Adresa:												PSČ:							
	Meno zamestnávateľa (vlastnej firmy):																			
	Povolanie:										Tel. číslo zamestnávateľa (vl. firmy):									
Kedy ste v súvislosti s terajším ochorením alebo úrazom navštívili prvý raz lekára:																				
Aká bola stanovená diagnóza:																				
Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:																				
Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti? Adresa a meno lekára:																				
Kde ste sa kvôli úrazu alebo ochoreniu liečili a budete liečiť?																				
Adresa:										Tel. číslo:										
Adresa:										Tel. číslo:										
Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti? Ak áno, uveďte kedy a kde:																				
Kde sa počas pracovnej neschopnosti zdržiavate:										Tel. číslo:										
Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, uveďte presne dni a hodiny:																				
Ste poistený v inej poisťovni pre ušlý zárobok za dobu pracovnej neschopnosti? Ak áno, tak na akú dennú dávku?																				
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?																				
Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne, a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si UNIQA 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 UNIQA poisťovňa, a. s., ak to bude nutné, vyžiadala potvrdenie o výške môjho príjmu u zamestnávateľa, prípadne u príslušnej finančnej správy.																				
Poistné plnenie mi poukážte na:	Adresa:										PSČ:									
	Číslo účtu:										(pri sporožire aj špec. symbol):									
V	dňa:										Podpis poisteného:									
Pokyny pre poisteného: 1. Vyplňte, prosím, prednú stranu pravdivo a úplne. 2. Správu ošetrujúceho lekára vyplní lekár, ktorý Vás liečil. 3. K tomuto vyplnenému tlačivu priložte fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti.																				

Správa ošetrujúceho lekára na základe dokladu o pracovnej neschopnosti

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetruje pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto formulára. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:

Kedy došlo k prvému lekárskeму ošetrovaniu pre uvedenú chorobu alebo úraz. Aká bola stanovená prvotná diagnóza, uveďte slovné i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN 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:

V prípade úrazu bola poranená končatina alebo orgán už pred týmto úrazom postihnutý/ -á? V akom rozsahu::

Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený? Kedy a kde sa liečil:

Je priebeh ochorenia, či liečenia úrazu komplikovaný? Druh komplikácie:

Bol, alebo je poistený v súvislosti so súčasným ochorením hospitalizovaný? Od kedy? Ako dlho? Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrujúceho lekára, telef. č.:

V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky? Pokiaľ áno, tak v ktorých dňoch a hodinách?

Na kedy je stanovená nasledujúca kontrola u ošetrujúceho lekára?

Došlo k ochoreniu následkom požívania alkoholu alebo návykových látok? Ak áno, tak do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvania pracovnej neschopnosti?

Došlo k úrazu následkom požitia alkoholu alebo návykových látok?

Je pacientom dodržiavaný liečebný režim? Pokiaľ nie, ako bol porušený?

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrujúceho lekára:

Doklad o pracovnej neschopnosti:

Deň vystavenia dokladu pracovnej neschopnosti:

Číslo dokladu pracovnej neschopnosti:

Od kedy do kedy trvala pracovná neschopnosť:

Doklad o pracovnej neschopnosti bol zaslaný na správu sociálneho zabezpečenia – adresa:

V

dňa:

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára,
adresa zdravotného zariadenia

Meno a priezvisko lekára:

Peňažný ústav:

Číslo účtu: