



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

## OZNÁMENIE O VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Vyplnené tlačivo spolu s potvrdením Vášho ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti (kópiu dokladu „Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“) zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

## ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

Číslo poisťnej zmluvy: .....

Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ...../.....

Štátna príslušnosť: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Telefón: ..... e-mail: .....

Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti: .....

Pracovné zaradenie počas práceneschopnosti: .....

Je poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>

## ÚDAJE O ÚRAZE (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od: ..... do: ..... vrátane.

Dátum úrazu: ..... hodina úrazu: ..... miesto úrazu: .....

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu): .....

Došlo k úrazu vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok?  nie  ánoDošlo k úrazu pri dopravnej nehode?  nie  ánoBoli ste vodičom v čase nehody?  nie  áno ŠPZ: .....Došlo k úrazu vo voľnom čase?  nie  áno

Popis poranenia: .....

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.): .....

Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne?  nie  áno Kedy? Ako? .....Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?  nie  áno  neviemVyšetrovala úraz polícia?  nie  áno Adresa polície: .....Došlo k poisťnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu?  nie  áno

## ÚDAJE O CHOROBE (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od: ..... do: ..... vrátane.

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.): .....

Liečili ste sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení),

pre ktoré ste boli PN?  nie  áno od: ..... do: ..... Kde? .....

Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili: .....

Tel.: .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia: .....

Tel.: .....

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>2</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)																				Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah																			
<input type="checkbox"/> na OPU účet																				Meno poistníka

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk).

**Súhlas so spracúvaním osobných údajov**

Poistený označený v tejto poistnej zmluve udeľujem súhlas spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „Spoločnosť“), aby spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojim zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

- ÁNO, DÁVAM SÚHLAS  
 NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

V ..... dňa .....  

overený podpis poisteného  
resp. zákonného zástupcu poisteného\*
číslo dokladu totožnosti

\* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec** spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaisťovania (**namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike**).

.....  

dátum a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>5</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>6</sup>
osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

<sup>3</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.  
<sup>4</sup> V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

Pokyny: „Potvrdenie ošetrujúceho lekára o pracovnej neschopnosti“ vyplní ošetrujúci lekár. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne. Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

### POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Ošetrujúci lekár MUDr.: ..... Názov a adresa zdrav. zariadenia: .....  
..... PSČ: .....

Tel.: ..... e-mail: .....

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného: ..... Rodné číslo: ...../.....

z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala od: ..... do: ..... vrátane; číslo PN: .....

Meno lekára, adresa zdrav. zariadenia, ktoré PN vystavilo: .....

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky dg.): .....

Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?

áno Príčina a druh komplikácií: .....

nie

Liečil sa v minulosti poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) ?

áno od: ..... do: .....

nie

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?

áno Aké? .....

nie

Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok  áno Akých? ..... %o alkoholu v krvi .....  nie

2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privodenia choroby  áno  nie

3. profesionálneho vykonávania športu  áno  nie

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu  áno od: ..... do: .....  nie

5. kúpeľnej liečby  áno od: ..... do: .....  nie

6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu  áno  nie

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr  áno  nie

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V ..... dňa .....

pečiatka zdrav. zariadenia a podpis ošetrujúceho lekára

### POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA (vyplňuje zamestnávateľ), SZČO, DNPO

Potvrdzujeme, že poistený: ..... Rodné číslo: ...../.....

bol v čase práceneschopnosti, ktorá trvala od: ..... do: .....

u nás nepretržite zamestnaný.

Názov a adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti: .....

**SZČO** (samostatne zárobkovo činná osoba) **DNPO** (dobrovoľne nemocensky poistená osoba):

čestne prehlasujem, že som počas práceneschopnosti od: ..... do: ..... nevykonával/vykonával\*

svoje zamestnanie, dohodnutú prácu, svoju zárobkovú činnosť alebo riadiacu či kontrolnú činnosť a to ani/iba\* počas obmedzenej časti dňa.

**V prípade SZČO/DNPO - vždy doložite potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok počas pracovnej neschopnosti.**

V ..... dňa .....

pečiatka a podpis zamestnávateľa

\*nehodí sa škrtnite