

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

k VÚB AM sporeniu

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, prípadne odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste VÚB, 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 (3.strana) nechajte svojim ošetrovujúcim lekárom najmenej raz za kalendárny mesiac potvrdiť trvanie pracovnej neschopnosti a najneskôr do 5. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca zašlite tlačivo na adresu poisťovne.

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

Vyplní poistený

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

Vyhlasenie 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?

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

Miesto _____ Dátum _____ Podpis poisteného _____

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 tožná s vyššie uvedenou adresou
Zmena vychádzok Od dňa _____ od _____ do _____ od _____ do _____ hod _____				
Liečil sa pacient pre toto ochorenie predtým? <input type="checkbox"/> áno, kedy? _____ <input type="checkbox"/> nie				Vplyv alkoholu? _____ % tox. látok
Postihnutie poranenej časti pred úrazom: <input type="checkbox"/> áno, kedy? _____ <input type="checkbox"/> nie				
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 _____	

Vyhlasujem, že som sa ako poistený oboznámil a súhlasím s Rámcovou zmluvou o poistení k VUB AM sporeniu pre prípad pracovnej neschopnosti spôsobenej úrazom (ďalej len „Rámcová zmluva“) uzavretej medzi Generali Slovensko poisťovňa, a.s. ako poisťovateľom a VÚB Asset Management, správ. spol., a.s., ako poistníkom a so Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie pracovnej neschopnosti spôsobenej úrazom (ďalej len „VPP PNU“). Zároveň súhlasím s právami a povinnosťami, ktoré mi vyplývajú z dojednanej Rámcovej zmluvy a VPP PNU.

Súhlasím s tým, aby moje osobné údaje a údaje o mojom zdravotnom stave boli spracúvané prevádzkovateľom Generali Slovensko poisťovňa, a.s. a jeho zmluvnými partnermi, a to najmä spoločnosťou VÚB a.s. a VÚB Asset Management správ. spol., a.s. pri vykonávaní poisťovacej činnosti a ďalších činnostiach vymedzených zákonom č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve, vrátane sprístupnenia osobných údajov a údajov o mojom zdravotnom stave tretím osobám v súvislosti so správou poistenia a likvidáciou poistných udalostí, ako aj zaisťovacím spoločnostiam na výkon zaisťovacej činnosti za podmienok podľa § 23 zákona č. 428/2002 Z. z., na vykonávanie marketingovej činnosti priamo prevádzkovateľom Generali Slovensko poisťovňa, a.s. a jeho zmluvnými partnermi v súvislosti s poisťovacou činnosťou, a to po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu a ďalej po dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Splnomocňujem poisťovateľa, aby v mojom mene nadviazal kontakt so všetkými lekármi a nemocničnými zariadeniami a vyžiadal si od nich potrebné informácie, týkajúce sa tohto právneho vzťahu, bez obsahového obmedzenia.

Vyhlasujem, že som bol v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov poučený o svojich právach a o právach a povinnostiach prevádzkovateľa Generali Slovensko poisťovňa, a.s., najmä o jeho práve prístupu k osobným údajom a zodpovednosti za ich porušenie. Súhlasím s tým, aby Generali Slovensko poisťovňa, a.s. moje osobné údaje poskytla a sprístupnila spoločnostiam, ktoré poverila vymáhaním svojich oprávnených nárokov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Som si vedomý, že som oprávnený vyššie uvedený súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

Vypíňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti

Titul, meno, priezvisko poisteného _____ Rodné číslo _____

3. strana

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 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

Vypíňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti

Titul, meno, priezvisko poisteného _____ Rodné číslo _____

3. strana

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 úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

_____ miesto

_____ dátum

_____ pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára