

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

číslo hlásenia

Pokyny pre poisteného:

1. K hláseniu pracovnej neschopnosti je potrebné kompletne a pravdivo vyplniť tlačivo, doložiť fotokópiu dočasnej pracovnej neschopnosti vystavenej Špre Sociálnu poisťovňu a fotokópiu kompletnej zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa ochorenia/úrazu, ktoré je dôvodom pracovnej neschopnosti.
2. Ak pracovná neschopnosť trvá dlhšie ako 30 dní, je možné v súlade s poisťovnými podmienkami vyplácať plnenie raz za 30 dní, po doložení trvania pracovnej neschopnosti na tlačive poisťovateľa „Potvrdenie o trvaní pracovnej neschopnosti“.
3. Poisťovateľ si vyhradzuje právo prešetriť nahlásenú poistnú udalosť.

Čísla všetkých poistných zmlúv, z ktorých si nárokujete poistné plnenie v ČSOB Poist'ovni, a.s.

Osobné údaje poisteného/poškodeného		
Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
Korešpondenčná adresa:	PSC:	E-mail (pre urýchlenie spracovania PU):
Zamestnávateľ a druh povolania v čase vzniku pracovnej neschopnosti:		

Údaje o pracovnej neschopnosti

Boli ste v čase vzniku pracovnej neschopnosti?: <input type="checkbox"/> zamestnaný/á <input type="checkbox"/> nezamestnaný/á <input type="checkbox"/> SZČO <input type="checkbox"/> študent/ka <input type="checkbox"/> invalidný/á		
<input type="checkbox"/> materská alebo rodičovská dovolenka <input type="checkbox"/> v ochrannej lehote <input type="checkbox"/> iné (špecifikujte):		
Začiatok pracovnej neschopnosti:	Koniec pracovnej neschopnosti:	Číslo dokladu pracovnej neschopnosti:

Dôvod vystavenia pracovnej neschopnosti:

Liečili ste sa v minulosti na ochorenie, ktoré je dôvodom pracovnej neschopnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, kedy?	Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia, ktoré je dôvodom vzniku pracovnej neschopnosti?
--	---

Uvedte adresu, kde sa budete zdržiavať počas pracovnej neschopnosti:

Meno a adresa Vášho praktického lekára:

Výplata poistného plnenia

Poistné plnenie žiadam zaslať na účet (IBAN):
Ak nebude uvedený bankový účet, prípadné poistné plnenie bude zaslané poštovým poukazom na adresu trvalého bydliska.

Prehlásenie poisteného

Prehlasujem, že všetky vyplnené údaje sú úplné a pravdivé a som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby poisťovateľ spracúval údaje týkajúce sa môjho zdravia, resp. údaje týkajúce sa zdravia osoby, ktorej som zákonným zástupcom, nevyhnutných k šetreniu poistnej udalosti. Súhlas so spracovaním údajov týkajúcich sa zdravia zahŕňa aj získavanie týchto údajov od lekárov, ústavov, zdravotníckych zariadení, zdravotných poisťovní, Sociálnej poisťovne a ďalších subjektov, ktoré spracúvajú údaje o zdravotnom stave fyzických osôb v súlade s osobitnými predpismi, vrátane nazerania do spisov, vyhotovenie si ich výpisov, odpisov, fotokópií, pričom uvedené subjekty týmto súčasne oprávňujem/splnomocňujem, aby poisťovateľovi tieto údaje, informácie a dokumenty poskytli. Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle platného zákona o ochrane osobných údajov.
Na dôkaz súhlasu pripájam svoj podpis.

V dňa

Meno, priezvisko a podpis poisteného