



1. Doklad o pracovnej neschopnosti pre pripoistenie pre prípad pracovnej neschopnosti

NN Životná poisťovňa, a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, www.nnpoistovna.sk, zapísaná v Obchodnom registri okresného súdu Bratislava I, v oddieli: Sa, vložka č.: 1095/B. Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999, IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK2020861557.

Číslo poisťnej zmluvy: _____

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko	Zamestnanec <input type="checkbox"/>	Zamestnaný ako
Rodné číslo	Zamestnávateľ	
Telefón	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poisťnej udalosti)
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti	
Poisťné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC)	Podpis _____	

VŽDY PRILOŽTE AKTUÁLNE LEKÁRSKE SPRÁVY Z POSLEDNEJ KONTROLY

B. Vyplní lekár

Neschopný práce od	Diagnóza číslom (ICD)	Diagnóza slovom
Úraz: pracovný <input type="checkbox"/> zavinený inou osobou <input type="checkbox"/> iný <input type="checkbox"/> Choroba z povolania <input type="checkbox"/>		
Podозrenie z vplyvu alkoholu áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Vychádzky áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____ nie <input type="checkbox"/>	Hospitalizácia áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____	
Liečil sa pacient už predtým na túto chorobu/úraz? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Bolo vystavené Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti? áno <input type="checkbox"/> č. _____ nie <input type="checkbox"/>	dňa _____	
Dátum vystavenia	Dátum ďalšej kontroly	Pečiatka a podpis lekára _____

*) samostatne zárobkovo činná osoba

Poistený si je vedomý, že poisťovateľ bude spracúvať jeho osobné údaje, vrátane osobitných kategórií osobných údajov v súlade s ustanovením § 78 ods. 5 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení v spojení s ustanovením § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení.

Postup pri vyplňovaní formuláru spoločnosti „Doklad o pracovnej neschopnosti“ a jeho odosielaní.

Pri zistení pracovnej neschopnosti musí byť vyplnený tento samoprepisný formulár, ktorý má štyri oddiely. **Časť A a B je potrebné vypísať vo všetkých oddieloch formulára pri vystavení pracovnej neschopnosti. 1. oddiel formulára vyplnený a potvrdený ošetrujúcim lekárom zašle poistený bezodkladne poisťovateľovi, a to najneskôr do zmluvne stanoveného dňa počiatku poisťného plnenia.**

Pri pracovnej neschopnosti dlhodobejšieho charakteru je nutné nechať si potvrdiť ošetrujúcim lekárom vždy v deň kontroly, jej ďalšie trvanie v **časti C v 2. oddieli, eventuálne v ďalších oddieloch** formulára. Jednotlivé oddiely musia byť priebežne zasielané do spoločnosti. Upozorňujeme, že **dátum aktuálnej kontroly v časti C je dôležitým údajom pre poskytovanie poisťného plnenia.** Ukončenie pracovnej neschopnosti si poistený nechá potvrdiť v **časti D** tohto formulára.

Doklad o pracovnej neschopnosti potvrdený Vaším ošetrujúcim lekárom **odošlite ihneď na adresu poisťovateľa.** Dodržujte lekárom určený dátum kontroly. Pokračovanie Vašej pracovnej neschopnosti alebo ukončenie pracovnej neschopnosti si nechajte potvrdiť na ďalšom oddieli tohto formulára, ktorý **následne bezodkladne odošlite poisťovateľovi.** Prípadné náklady na vystavenie dokladu nesie poistený.



1. Doklad o pracovnej neschopnosti pre pripoistenie pre prípad pracovnej neschopnosti

NN Životná poisťovňa, a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, www.nnpoistovna.sk, zapísaná v Obchodnom registri okresného súdu Bratislava I, v oddieli: Sa, vložka č.: 1095/B. Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999, IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK2020861557.

Číslo poisťnej zmluvy: _____

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko	Zamestnanec <input type="checkbox"/>	Zamestnaný ako
Rodné číslo	Zamestnávateľ	
Telefón	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poisťnej udalosti)
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti	
Poistné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC)	Podpis _____	

VŽDY PRILOŽTE AKTUÁLNE LEKÁRSKE SPRÁVY Z POSLEDNEJ KONTROLY

B. Vyplní lekár

Neschopný práce od	Diagnóza číslom (ICD)	Diagnóza slovom
Úraz: pracovný <input type="checkbox"/> zavinený inou osobou <input type="checkbox"/> iný <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>	
Podозrenie z vplyvu alkoholu áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Vychádzky áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____ nie <input type="checkbox"/>	od _____ do _____	Hospitalizácia áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____
Liečil sa pacient už predtým na túto chorobu/úraz? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Bolo vystavené Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti? áno <input type="checkbox"/> č. _____ nie <input type="checkbox"/>	dňa _____	
Dátum vystavenia	Dátum ďalšej kontroly	Pečiatka a podpis lekára _____

C. Potvrdenie o ďalšom trvaní pracovnej neschopnosti (vyplní lekár)

Pracovná neschopnosť trvá áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Hospitalizácia áno <input type="checkbox"/> od _____ nie <input type="checkbox"/> do _____	Event. zmena diagnózy	Diagnóza čísl. (ICD)
Vychádzky áno <input type="checkbox"/> od _____ nie <input type="checkbox"/> do _____	Zmena diagnózy od _____		
Dátum aktuálnej kontroly	Dátum ďalšej kontroly	Pečiatka a podpis lekára _____	

D. Záverečné potvrdenie o pracovnej neschopnosti (vyplní lekár)

Schopný od	Konečná diagnóza (ICD)
Dátum vystavenia	Pečiatka a podpis lekára _____

*) samostatne zárobkovo činná osoba

Pri pracovnej neschopnosti dlhodobejšieho charakteru je nutné nechať si potvrdiť ošetrujúcim lekárom vždy v deň kontroly jej ďalšie trvanie **v časti C v oddieli 2., eventuálne na ďalších oddieloch** formulára. Jednotlivé oddiely musia byť **priebežne** zasielané do spoločnosti. Upozorňujeme, že **dátum aktuálnej kontroly v časti C je dôležitým údajom pre poskytovanie poistného plnenia.**

Ukončenie pracovnej neschopnosti si poistený nechá potvrdiť **v časti D** tohto formulára.

Dodržujte lekárom určený dátum kontroly. Prípadné náklady na vystavenie dokladu nesie poistený.



1. Doklad o pracovnej neschopnosti pre pripoistenie pre prípad pracovnej neschopnosti

NN Životná poisťovňa, a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, www.nnpoistovna.sk, zapísaná v Obchodnom registri okresného súdu Bratislava I, v oddieli: Sa, vložka č.: 1095/B. Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999, IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK2020861557.

Číslo poisťnej zmluvy: _____

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko	Zamestnanec <input type="checkbox"/>	Zamestnaný ako
Rodné číslo	Zamestnávateľ	
Telefón	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poisťnej udalosti)
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti	
Poistné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC)	Podpis _____	

VŽDY PRILOŽTE AKTUÁLNE LEKÁRSKE SPRÁVY Z POSLEDNEJ KONTROLY

B. Vyplní lekár

Neschopný práce od	Diagnóza číslom (ICD)	Diagnóza slovom
Úraz: pracovný <input type="checkbox"/> zavinený inou osobou <input type="checkbox"/> iný <input type="checkbox"/> Choroba z povolania <input type="checkbox"/>		
Podозrenie z vplyvu alkoholu áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Vychádzky áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____ nie <input type="checkbox"/>	Hospitalizácia áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____	
Liečil sa pacient už predtým na túto chorobu/úraz? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Bolo vystavené Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti? áno <input type="checkbox"/> č. _____ dňa _____ nie <input type="checkbox"/>		
Dátum vystavenia	Dátum ďalšej kontroly	Pečiatka a podpis lekára _____

C. Potvrdenie o ďalšom trvaní pracovnej neschopnosti (vyplní lekár)

Pracovná neschopnosť trvá áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Hospitalizácia áno <input type="checkbox"/> od _____ nie <input type="checkbox"/> do _____	Event. zmena diagnózy	Diagnóza čísl. (ICD)
Vychádzky áno <input type="checkbox"/> od _____ nie <input type="checkbox"/> do _____	Zmena diagnózy od _____		
Dátum aktuálnej kontroly	Dátum ďalšej kontroly	Pečiatka a podpis lekára _____	

D. Záverečné potvrdenie o pracovnej neschopnosti (vyplní lekár)

Schopný od	Konečná diagnóza (ICD)
Dátum vystavenia	Pečiatka a podpis lekára _____

*) samostatne zárobkovo činná osoba

Pri pracovnej neschopnosti dlhodobejšieho charakteru je nutné nechať si potvrdiť ošetrujúcim lekárom vždy v deň kontroly jej ďalšie trvanie **v časti C v oddieli 2., eventuálne na ďalších oddieloch** formulára. Jednotlivé oddiely musia byť **priebežne** zasielané do spoločnosti. Upozorňujeme, že **dátum aktuálnej kontroly v časti C je dôležitým údajom pre poskytovanie poisťného plnenia.**

Ukončenie pracovnej neschopnosti si poistený nechá potvrdiť **v časti D** tohto formulára.

Dodržujte lekárom určený dátum kontroly. Prípadné náklady na vystavenie dokladu nesie poistený.



1. Doklad o pracovnej neschopnosti pre pripoistenie pre prípad pracovnej neschopnosti

NN Životná poisťovňa, a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, www.nnpoistovna.sk, zapísaná v Obchodnom registri okresného súdu Bratislava I, v oddieli: Sa, vložka č.: 1095/B. Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999, IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK2020861557.

Číslo poisťnej zmluvy: _____

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko	Zamestnanec <input type="checkbox"/>	Zamestnaný ako
Rodné číslo	Zamestnávateľ	
Telefón	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poisťnej udalosti)
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti	
Poistné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC)	Podpis _____	

VŽDY PRILOŽTE AKTUÁLNE LEKÁRSKE SPRÁVY Z POSLEDNEJ KONTROLY

B. Vyplní lekár

Neschopný práce od	Diagnóza číslom (ICD)	Diagnóza slovom
Úraz: pracovný <input type="checkbox"/> zavinený inou osobou <input type="checkbox"/> iný <input type="checkbox"/> Choroba z povolania <input type="checkbox"/>		
Podозrenie z vplyvu alkoholu áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Vychádzky áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____ nie <input type="checkbox"/>	Hospitalizácia áno <input type="checkbox"/> od _____ do _____	
Liečil sa pacient už predtým na túto chorobu/úraz? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Bolo vystavené Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti? áno <input type="checkbox"/> č. _____ dňa _____ nie <input type="checkbox"/>		
Dátum vystavenia	Dátum ďalšej kontroly	Pečiatka a podpis lekára _____

C. Potvrdenie o ďalšom trvaní pracovnej neschopnosti (vyplní lekár)

Pracovná neschopnosť trvá áno <input type="checkbox"/> Hospitalizácia áno <input type="checkbox"/> od _____ nie <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> do _____	Event. zmena diagnózy	Diagnóza čísl. (ICD)
Vychádzky áno <input type="checkbox"/> od _____ nie <input type="checkbox"/> do _____	Zmena diagnózy od _____	
Dátum aktuálnej kontroly	Dátum ďalšej kontroly	Pečiatka a podpis lekára _____

D. Záverečné potvrdenie o pracovnej neschopnosti (vyplní lekár)

Schopný od	Konečná diagnóza (ICD)
Dátum vystavenia	Pečiatka a podpis lekára _____

*) samostatne zárobkovo činná osoba

Pri pracovnej neschopnosti dlhodobejšieho charakteru je nutné nechať si potvrdiť ošetrujúcim lekárom vždy v deň kontroly jej ďalšie trvanie **v časti C v oddieli 2., eventuálne na ďalších oddieloch** formulára. Jednotlivé oddiely musia byť **priebežne** zasielané do spoločnosti. Upozorňujeme, že **dátum aktuálnej kontroly v časti C je dôležitým údajom pre poskytovanie poisťného plnenia.**

Ukončenie pracovnej neschopnosti si poistený nechá potvrdiť **v časti D** tohto formulára.

Dodržujte lekárom určený dátum kontroly. Prípadné náklady na vystavenie dokladu nesie poistený.

