



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 poistnej zmluvy: 7 6 8 5 2 1 9 8

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko Ján Polák	Zamestnanec <input checked="" type="checkbox"/>	Zamestnaný ako učiteľ
Rodné číslo 7 5 6 6 2 3 9 8 7 4	Zamestnávateľ ZŠ Jarná, Martin	
Telefón 0 9 1 7 8 7 5 6 8 7	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poistnej udalosti) jan.polak@zsjarna.sk
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti Dlhá ulica 15, Martin	
Poistné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC) SK081100000002678459856	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 poistného 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 poistného 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: 7 6 8 5 2 1 9 8

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko Ján Polák	Zamestnanec <input checked="" type="checkbox"/>	Zamestnaný ako učiteľ
Rodné číslo 7 5 6 6 2 3 9 8 7 4	Zamestnávateľ ZŠ Jarná, Martin	
Telefón 0 9 1 7 8 7 5 6 8 7	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poisťnej udalosti) jan.polak@zsjarna.sk
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti Dlhá ulica 15, Martin	
Poisťné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC) SK081100000002678459856	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 ošetrojúcim 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: 7 6 8 5 2 1 9 8

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko Ján Polák	Zamestnanec <input checked="" type="checkbox"/>	Zamestnaný ako učiteľ
Rodné číslo 7 5 6 6 2 3 9 8 7 4	Zamestnávateľ ZŠ Jarná, Martin	
Telefón 0 9 1 7 8 7 5 6 8 7	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poisťnej udalosti) jan.polak@zsarna.sk
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti Dlhá ulica 15, Martin	
Poisťné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC) SK081100000002678459856	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 ošetrojúcim 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: 7 | 6 | 8 | 5 | 2 | 1 | 9 | 8 | | |

A. Vyplní poistený

Meno a priezvisko Ján Polák	Zamestnanec <input checked="" type="checkbox"/>	Zamestnaný ako učiteľ
Rodné číslo 7 5 6 6 2 3 9 8 7 4	Zamestnávateľ ZŠ Jarná, Martin	
Telefón 0 9 1 7 8 7 5 6 8 7	SZČO*) <input type="checkbox"/>	E-mail (Uvedením urýchlite spracovanie poisťnej udalosti) jan.polak@zsjarna.sk
Druh podnikateľskej činnosti	Adresa v dobe pracovnej neschopnosti Dlhá ulica 15, Martin	
Poistné plnenie poukázať na bankový účet (IBAN, SWIFT/BIC) SK081100000002678459856	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 ošetrojúcim 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.

