

Potvrdenie pracovnej neschopnosti



Toto potvrdenie pracovnej neschopnosti zašlite čo najskôr na adresu:

Generali Slovensko poisťovňa, a.s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava

V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti zašlite kópiu prvej strany tlačiva na pracovnú adresu, na originály tlačiva si nechajte svojím ošetrovateľom najmenej raz za kalendárny mesiac potvrdiť trvanie neschopnosti na rubovej strane tlačiva a najneskôr do 5. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca zašlite tlačivo na našu adresu. Prípadné náklady na vyplnenie tohto tlačiva nesie poistený.

- Ak Vám bolo vystavené potvrdenie pracovnej neschopnosti pre Sociálnu poisťovňu, priložte jeho kópiu, vrátane kópie ukončenia PN.
- V prípade ukončenia hospitalizácie zašlite kópiu prepúšťacej správy.
- V prípade nedostatku miesta použite rubovú stranu formulára, prípadne priložte zvláštny list alebo kópiu dokumentácie.

Úver č. :

Vyplní poistený

Meno, priezvisko, titul:		Rodné číslo/ IČO :		Štátna príslušnosť :	
Adresa:		PSČ:		Telefón:	
Zamestnanec <input type="checkbox"/>	Zamestnávateľ				
	Zamestnaný ako:				
SZČO <input type="checkbox"/>	Druh podnik. činnosti:				
	Miesto výkonu práce				
Nezamestnaný <input type="checkbox"/>	Od kedy - presný dátum				

Prehlásenie poisteného

Súhlasím, aby si Generali Poisťovňa a.s. vyžiadala 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

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

Poistné plnenie poukážete na číslo účtu:	Kód banky	Špecifický symbol
Alebo na adresu:	Dátum a podpis poisteného:	

Vyplní lekár

Dôvod pracovnej neschopnosti:

Pracovný úraz Úraz zavinený inou osobou Chronické ochorenie Choroba z povolania Ostatné

Neschopný práce od:	Diagnóza	Hlavná diagnóza	Ostatné diagnózy	Slovami:
	Podľa WHO			

Bolo vystavené potvrdenie PN pre Sociálnu poisťovňu? ÁNO NIE Dôvod: ?:

Hospitalizácia: Od dňa _____ 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 _____	Adresa poisteného v dobe trvania PN, pokiaľ nie je totožná s vyššie uvedenou adresou:
Zmena vychádzok	Od dňa _____	od _____	do _____	od _____	do _____	

Liečil sa už pacient pre toto ochorenie predtým? Postihnutie poranenej časti pred úrazom?

NIE ÁNO Ak áno kedy?: _____ Vplyv alkoholu _____ % toxických látok _____

Prvé lekárske ošetrenie (kde, dátum): _____

Prvé príznaky ochorenia / Popis úrazu (popis vrátane dátumu): _____

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie: _____

Dátum ošetrenia :	Dátum budúcej kontroly:	Predpoklad trvania PN:	Schopný práce od:
-------------------	-------------------------	------------------------	-------------------

Konečná diagnóza: _____

Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

Druh dokladu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> INÉ	Číslo dokladu:
V _____	Dátum _____
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára	

Vypíňa ošetrujúci lekár v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:							
Dátum ošetrenia :		Dátum budúcej kontroly:		Predpoklad trvania PN:		Schopný práce od:	
Konečná diagnóza:							
Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.							
V		Dátum			pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára		

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:							
Dátum ošetrenia :		Dátum budúcej kontroly:		Predpoklad trvania PN:		Schopný práce od:	
Konečná diagnóza:							
Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.							
V		Dátum			pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára		

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie:							
Dátum ošetrenia :		Dátum budúcej kontroly:		Predpoklad trvania PN:		Schopný práce od:	
Konečná diagnóza:							
Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.							
V		Dátum			pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára		