

Tlačivo Oznámenie vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti

Tlačivo Oznámenie vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti (strana 2 tohto dokumentu) je jednostranové tlačivo.

- vyplní poistený alebo jeho zákonný zástupca;
- vyplňte všetky rubriky – kolónky aj v prípade, že sú odpovede záporné;
- uveďte, prosím, čitateľne číslo účtu v tvare IBAN, kam Vám môžeme zaslať poisťné plnenie;
- vyplnené tlačivo + kópiu lekárom vystaveného dokladu pre sociálnu poisťovňu o začiatku pracovnej neschopnosti zašlite na adresu: Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava najneskôr do 15. alebo 29. dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti (v závislosti od toho, ako bolo v poisťnej zmluve dojednané vyplácanie denného odškodného);
- kópie lekárskeho správ, ktoré zdokumentujú liečenie počas pracovnej neschopnosti, prípadne správu z hospitalizácie, je vhodné zaslať spolu s oznámením alebo potvrdením dočasnej pracovnej neschopnosti;
- ak je dojednané denné odškodné vyššie ako 20,00 EUR zašlite spolu s týmto tlačivom aj tlačivo „Potvrdenie o príjme“.

Poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa www.youplus.sk.

Tlačivo Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti

Tlačivo Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti (strany 3 a 4 tohto dokumentu) je dvojstranové tlačivo – vhodné vytlačiť obojstranne.

- kópiu prvej strany tlačiva po vyplnení a potvrdení Vaším ošetrojúcim lekárom zašlite našu adresu: Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 najneskôr do 15. alebo 29. dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti (v závislosti od toho, ako bolo v poisťnej zmluve dojednané vyplácanie denného odškodného);
- na druhej strane tlačiva si nechajte každých 30 dní potvrdiť u svojho ošetrojúceho lekára trvanie pracovnej neschopnosti, pričom kópiu potvrdenia pravidelne raz mesačne zašlite na adresu poisťovne;
- najneskôr do 5 dní po skončení pracovnej neschopnosti zašlite na našu adresu originál „Potvrdenia dočasnej pracovnej neschopnosti“ spolu s kópiou dokladu o ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti, ktorý vystavil Váš lekár pre sociálnu poisťovňu;
- ak v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti nepostačuje toto tlačivo, použite, prosím, na potvrdenie trvania (pokračovania) pracovnej neschopnosti iba druhú stranu tohto tlačiva;
- ak ošetrojúcemu lekárovi zaplatíte poplatok za vypísanie tlačiva, príjmový pokladničný doklad (originál) zašlite na adresu poisťovne. Poplatok do výšky 2 ‰ z poisťnej sumy pre trvalú invaliditu Vám uhradíme. Náklady presahujúce uvedenú výšku nesie poistený;
- lekárske správy, ktoré zdokumentujú liečenie počas pracovnej neschopnosti, prípadne správu z hospitalizácie zasielajte priebežne spolu s tlačivom potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti;
- ak prípad vyšetrovala polícia, záznam (reláciu z polície) priložte, prosím, k tlačivu Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti – týka sa iba pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu;
- v zmysle poisťných podmienok sa vyplatenie poisťného plnenia uskutoční po ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti.

Tlačivo Potvrdenie o príjme

Tlačivo Potvrdenie o príjme (strana 5 tohto dokumentu) je jednostranové tlačivo.

- predkladá poistená osoba vždy v prípade, ak je dojednané denné odškodné pri dočasnej pracovnej neschopnosti vyššie ako 20,00 EUR alebo na základe vyžiadania poisťovňou aj v prípade, ak je dojednané denné odškodné nižšie ako 20,00 EUR
- vyplnené tlačivo zašlite na adresu poisťovne: Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 spolu s tlačivom Oznámenie vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti
- zamestnanec dá potvrdiť hrubý mesačný príjem svojmu zamestnávateľovi a predloží poisťovni spolu s Oznámením dočasnej pracovnej neschopnosti
- samostatne zárobkovo činná predloží dokumentáciu k pravidelne sa opakujúcim mesačným nákladom, ktoré vznikli počas dočasnej pracovnej neschopnosti a súvisia so samostatnou zárobkovou činnosťou.

Oznámenie vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti

Číslo poisťnej zmluvy:

Informácia pre poisteného:

1. Toto tlačivo vyplní poistená osoba.
2. Tlačivo Oznámenie dočasnej pracovnej neschopnosti zašlite najneskôr do 15. alebo 29. dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti (v závislosti od toho, ako bolo v poisťnej zmluve dojednané vyplácanie denného odškodného) na adresu:
Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava.
3. Priložte kópiu vystaveného potvrdenia pracovnej neschopnosti pre sociálnu poisťovňu.

Údaje o poistenom	
Meno a priezvisko poisteného:	
Rodné číslo:	Dátum narodenia: ☎ kontakt:
Korešpondenčná adresa: PSČ:	
<input type="checkbox"/> Zamestnanec: Zamestnávateľ: Zamestnaný ako/od kedy: ☎	
<input type="checkbox"/> SZČO: Druh vykonávanej činnosti: Miesto výkonu práce:	
<input type="checkbox"/> Nezamestnaný – od kedy – presný dátum:	
Vznikol Vám nárok na nemocenské dávky z nemocenského poistenia v sociálnej poisťovni? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Vznikla Vám strata na zárobku? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Údaje k dočasnej pracovnej neschopnosti z dôvodov ochorenia aj úrazu	
Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti?	Liečili ste sa v minulosti pre uvedené ochorenie? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: uveďte kedy a kde:
Áká diagnóza bola stanovená?	Kedy ste prvý raz navštívili lekára v súvislosti s ochorením alebo úrazom pre ktoré si nárokujete dennú dávku dočasnej pracovnej neschopnosti?
Meno a adresa lekára, ktorý stanovil diagnózu
Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti? Adresa, ☎:	Máte lekárom povolené vychádzky? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: presne dni a hodiny:
Nasledujúce údaje vyplňte len v prípade pracovnej neschopnosti priznanej výlučne z dôvodu úrazu	
Kedy vznikol úraz? dňa: o hod., miesto:	
Podrobný popis úrazového deja, popis okolností vzniku úrazu, činnosť, pri ktorej došlo k úrazu:	
Druh úrazu: <input type="checkbox"/> úraz počas voľného času <input type="checkbox"/> úraz počas pracovného času <input type="checkbox"/> úraz na ceste do/z pracoviska	
Popis poranenia	Ktorá časť tela bola poranená? Bola táto časť funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno:
Kedy a kde bolo poskytnuté prvé ošetrovanie? Dňa o hod., v zdravotníckom zariadení – adresa, meno lekára:	
Vyšetruvala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície a číslo spisu, pod ktorým je registrovaná nehoda:	
Ktoré osoby boli svedkami udalostí pred alebo po nehode?	
Pokyny poisteného k výplате poisťného plnenia	
Plnenie poukážte na účet v tvare IBAN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé alebo neúplné údaje v tomto oznámení môžu viesť k strate poisťnej ochrany a k veľkým postihnutiam dokonca aj vtedy, keď poistiteľovi pre tieto informácie nevznikne žiadna škoda. Za správnosť údajov som zodpovedný/á aj vtedy, keď toto oznámenie vyplnila tretia osoba (napr. manžel, sprostredkovateľ). Som si vedomý/á toho, že poistiteľ k posúdeniu nárokov preverí pravdivosť mojich údajov, ktoré som zaslal písomnou formou (napr. Oznámenie o úraze, Potvrdenie), ako aj tých údajov, ktoré na môj vlastný podnet realizovala nemocnica, resp. iný liečebný ústav alebo zdravotnícke zariadenie. Súhlasím, aby Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu zisťovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem a pozbavujem mlčanlivosť každého lekára, aby poskytol poisťovni informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úrazu, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem Youplus Insurance International AG, pobočku poisťovne z iného členského štátu, aby sa za účelom došetrenia poisťnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojila s inými poisťovňami a ďalšími verejno-právnymi alebo súkromno-právnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli poisťovni žiadané informácie. Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave spoločnosti Youplus Insurance International AG, pobočke poisťovne z iného členského štátu.	
V dňa podpis poisteného

Potvrdenie vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti

Číslo poisťnej zmluvy:

Informácia pre poisteného:

1. Tlačivo je dvojstranové – prosíme vytlačiť na jeden list obojstranne.
2. Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti spolu s kópiou dokladu o ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti (doklad vystavil Váš lekár pre Sociálnu poisťovňu) zašlite najneskôr do 5 dní po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti na adresu: Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava.
3. V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti zašlite kópiu prvej strany tlačiva do 15. alebo 29. dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti (v závislosti od toho, ako bolo v poisťnej zmluve dojednané vyplácanie denného odškodného) na uvedenú adresu, na origináli tlačiva si nechajte svojim ošetrovujúcim lekárom pravidelne po 2 týždňoch potvrdiť trvanie dočasnej pracovnej neschopnosti, pričom kópiu potvrdenia zašlite najneskôr do 30 dní od predloženia posledného potvrdenia do poisťovne. Po ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti zašlite na našu adresu originál tohto tlačiva (Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti).
4. Priložte kópiu vystaveného dokladu pracovnej neschopnosti pre sociálnu poisťovňu, vrátane kópie ukončenia pracovnej neschopnosti.
5. Prípadné náklady na vyplnenie tohto tlačiva uhradíme poistenej osobe do výšky 2 % z poisťnej sumy dojednanej pre trvalú invaliditu po predložení originálu príjmového pokladničného dokladu. Náklady presahujúce uvedenú výšku nesie poistený.

Vyplní poistený			
Meno a priezvisko poisteného:			
Rodné číslo:	Dátum narodenia: ☎ kontakt:		
Súhlasím, aby poisťovňa zistovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem a pozbavujem mlčanlivosti každého lekára, aby poskytol spoločnosti Youplus Insurance International AG, pobočke poisťovne z iného členského štátu informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úrazu, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem Youplus Insurance International AG, pobočku poisťovne z iného členského štátu, aby sa za účelom došetrovania poisťnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojila s inými poisťovňami a ďalšími verejno-právnymi alebo súkromno-právnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli spoločnosti Youplus Insurance International AG, pobočke poisťovne z iného členského štátu žiadané informácie.			
Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave pre Youplus Insurance International AG, pobočku poisťovne z iného členského štátu.			
Dátum:	Podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu):		
Vyplní lekár			
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval menovaného pacienta. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších evidencií uvádza:			
Dôvod dočasnej pracovnej neschopnosti: <input type="checkbox"/> Chronické ochorenie <input type="checkbox"/> Choroba z povolania <input type="checkbox"/> Pracovný úraz <input type="checkbox"/> Úraz vo voľnom čase <input type="checkbox"/> Sebapoškodenie <input type="checkbox"/> Ostatné			
Neschopný práce od: <input type="text"/>	Potvrdenie pracovnej neschopnosti číslo: vystavené dňa: Ak nebolo vystavené potvrdenie pracovnej neschopnosti, uveďte dôvod:		
Prvé lekárske ošetrenie pre uvedenú chorobu alebo úraz Kde: Dátum: Stanovená diagnóza slovom:	Diagnóza stanovená podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10): Hlavná diagnóza <input type="text"/> Ostatné diagnózy <input type="text"/>		
Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený, resp. prejavili sa príznaky ochorenia už v minulosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Kedy a kde sa liečil:	V prípade úrazu, bola poranená končatina alebo orgán už pred týmto úrazom postihnutý? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Kedy, ako a v akom rozsahu:		
Odborný lekár v čase liečby/Meno a adresa lekára, kde je zdravotná dokumentácia:	V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: V ktoré dni a hodiny:		
Došlo k ochoreniu/úrazu následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok? O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno V krvi bolo zistené..... % alkoholu.			
Aké boli príznaky opitosti, resp. návykových látok, do akej miery ovplyvnil požitý alkohol/návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvanie pracovnej neschopnosti?			
Popíšte, prosím, podrobne prvé príznaky ochorenia, spôsob a druh liečenia, prípadné komplikácie, názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby, pri rehabilitácii uveďte druh liečby, ako často a ako dlho bola rehabilitácia vykonávaná, opis a dátum nálezu RTG, CT a pod.:			
Dátum ošetrenia:	Dátum budúcej kontroly:	Predpoklad trvania PN:	Práceschopný od: <input type="text"/>
Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. V prípade požiadavky revízieho lekára Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu.			
V dňa		pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára + ☎ kontakt	

Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo:

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie alebo prípadná zmena diagnózy v priebehu liečenia:

Dátum ošetrenia:

Dátum budúcej kontroly:

Predpoklad trvania PN:

Práceschopný od:

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. V prípade požiadavky revízného lekára Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu.

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára + ☎ kontakt

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie alebo prípadná zmena diagnózy v priebehu liečenia:

Dátum ošetrenia:

Dátum budúcej kontroly:

Predpoklad trvania PN:

Práceschopný od:

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. V prípade požiadavky revízného lekára Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu.

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára + ☎ kontakt

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie alebo prípadná zmena diagnózy v priebehu liečenia:

Dátum ošetrenia:

Dátum budúcej kontroly:

Predpoklad trvania PN:

Práceschopný od:

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. V prípade požiadavky revízného lekára Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu.

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára + ☎ kontakt

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie alebo prípadná zmena diagnózy v priebehu liečenia:

Dátum ošetrenia:

Dátum budúcej kontroly:

Predpoklad trvania PN:

Práceschopný od:

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. V prípade požiadavky revízného lekára Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu.

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára + ☎ kontakt

Podrobný priebeh liečby, prípadné komplikácie alebo prípadná zmena diagnózy v priebehu liečenia:

Dátum ošetrenia:

Dátum budúcej kontroly:

Predpoklad trvania PN:

Práceschopný od:

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. V prípade požiadavky revízného lekára Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu.

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára + ☎ kontakt

Potvrdenie o príjme

Číslo poisťnej zmluvy:

Informácia pre poisteného:

1. Vyplní poistený v prípade, ak je dojednané denné odškodné viac ako 20,00 EUR, alebo na základe vyžiadania poisťovňou aj v prípade, ak je dojednané denné odškodné nižšie ako 20,00 EUR.
2. Zamestnanec dá potvrdiť hrubý mesačný príjem svojmu zamestnávateľovi.
3. Samostatne zárobkovo činná osoba predkladá toto tlačivo spolu s kópiami dokladov, ktoré preukazujú pravidelne sa opakujúce náklady súvisiace s jeho samostatnou zárobkovou činnosťou.
4. Vyplnené tlačivo zašlite na : Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava.

Údaje o poistenom		
Meno a priezvisko poisteného:		
Rodné číslo: Dátum narodenia: ☎ kontakt:		
Trvalé bydlisko: PSČ:		
Údaje o zamestnaní		
ZAMESTNANEC	Názov zamestnávateľa – obchodné meno: IČO:	
	Adresa zamestnávateľa: ☎ kontakt:	
	Potvrdzujeme, že zamestnanec má trvalý pracovný pomer a za obdobie posledných 12 mesiacov poberal hrubý mesačný príjem (spolu súčet za 12 mesiacov) vo výške <input type="text"/>	
	Meno osoby (paličkovým písmom), ktorá je oprávnená v mene zamestnávateľa toto potvrdenie vystaviť: <input type="text"/>	
Súčasne potvrdzujeme, že zamestnanec nemá ukončený trvalý pracovný pomer a nie je vo výpovednej lehote. <input type="text"/>		
Dátum, pečiatka a podpis zamestnávateľa: <input type="text"/>		
SZČO – Samostatne zárobkovo činná osoba	Názov firmy: IČO:	
	Sídlo firmy:	
	Denné odškodné, stanovené podľa pravidelne sa opakujúcich mesačných nákladov, ktoré vznikli počas dočasnej pracovnej neschopnosti a ktoré súvisia s vykonávanou samostatne zárobkovou činnosťou.	
	Mesačné náklady:	
	EUR	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	