



Oznámenie poistnej udalosti Pracovná neschopnosť

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti (ďalej aj ako „PN“) si nechajte svojim ošetrojúcim lekárom pravidelne po 30 dňoch potvrdiť trvanie PN na 1. časti Správy lekára na strane 4/5 a zašlite ho na uvedenú adresu. **K formuláru priložte kópiu dokladu o PN s termínom začiatku a ukončenia PN a kópie všetkých lekárskejších správ z priebehu liečenia PN (záznamy od odborných aj praktických lekárov kopírované zo zdravotnej karty).** Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša poistený.

Poistený (osoba, ktorá je/bola práceneschopná)

PRIEZVISKO, MENO, TITUL

RODNÉ PRIEZVISKO

RODNÉ ČÍSLO/
IČO

DÁTUM
NARODENIA

ADRESA TRVALÉHO POBYTU

(ULICA, ČÍSLO, MESTO/OBEC, PSČ)

TELEFÓN

DOKLAD TOTOŽNOSTI

OP/ID

PAS

ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI

ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ

Údaje o PN a poistenom

ADRESA POBYTU POČAS PN

NEMOCENSKÉ POISTENIE?

ÁNO

NIE

NÁZOV A ADRESA ZAMESTNÁVATEĽA

ZAMESTNANIE/DRUH PODNIKATEĽSKEJ ČINNOSTI

ODBOR ČINNOSTI

POISTENÝ VYHLASUJE, ŽE JE:

ZAMESTNANEC

SZČO

NEZAMESTNANÝ

OD KEDY

(vyplňte v prípade nezamestnaného)

POISTENÝ VYHLASUJE, ŽE NIE JE:

NA MATERSKEJ/RODIČOVskej DOVOLENKE

BEZ ZÁROBKOVEJ ČINNOSTI

ŠTUDENT

DÔCHODCA

INVALIDNÝ DÔCHODCA

AXA linka: +421 2 2929 2929 | e-mail: info@axa.sk | www.axa.sk

AXA životní pojišťovna a.s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 618 59 524, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2831, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Kolárska 6, 811 06 Bratislava, IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B

Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava, Slovenská republika



LOO

Doplňujúce informácie

STE FAJČIAR? ÁNO NIE
ABSOLVUJETE PRAVIDELNE PREVENTÍVNE
PREHLIADKY U PRAKTICKÉHO LEKÁRA?

POČET KUSOV CIGARIET DENNE _____

ÁNO NIE DÁTUM POSLEDNEJ PREHLIADKY

Výplata poistného plnenia (vyplňte v prípade, ak plnenie žiadate na bankový účet)

BANKOVÝ ÚČET (IBAN)

Pokiaľ nemáte účet, poistné plnenie vám bude zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.

Identifikácia zástupcu poisteného

PRIEZVISKO, MENO, TITUL _____ MUŽ ŽENA

ADRESA TRVALÉHO POBYTU (ULICA, ČÍSLO, MESTO/OBEC, PSČ) _____

DÁTUM NARODENIA RODNÉ ČÍSLO / ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ _____

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI _____

DOKLAD O OPRÁVNENÍ ZASTUPOVAŤ/KONAŤ¹⁾

DRUH DOKLADU _____ ČÍSLO DOKLADU _____

¹⁾ Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. rozhodnutie súdu.

Podpisy, prílohy a vyhlásenia

Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. **Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie súhlasí, aby si AXA životní pojišťovna a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poisťiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa na dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a na dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zároveň udeľuje súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín.

Finančný agent svojím podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu poisteného/zástupcu poisteného, vrátane overenia identifikácie (overenie údajov a zhody ich podoby s vyobrazením v doklade totožnosti). Podpis finančného agenta nie je potrebný, ak identifikácia a overenie identifikácie poisteného/zástupcu poisteného už boli vykonané pri inom úkone.

DÁTUM PODPISU

MIESTO PODPISU

POČET
PRÍLOHPODPIS POISTENÉHO/ZÁSTUPCU
POISTENÉHO

PODPIS FINANČNÉHO AGENTA

ZA POISTENÉHO PODPISUJE

- ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA
- SPLNOMOCNENÝ ZÁSTUPCA (PRILOŽTE PLNÚ MOC)
- USTANOVENÝ ZÁSTUPCA (PRILOŽTE ROZHODNUTIE SÚDU)

Poisťiteľ je oprávnený požadovať úradné overenie podpisu (na notárskom úrade/matričnom úrade) na tomto formulári.

Úradné overenie podpisu

Správa lekára

Pracovná neschopnosť

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

NÁKLADY NA VYPLNENIE TEJTO SPRÁVY LEKÁRA ZNÁŠA POISTENÝ.

Poistený (osoba, ktorá je/bola práceneschopná)

PRIEZVISKO, MENO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

1. Časť – priebeh PN (vyplňte len v prípade dlhodobej PN pravidelne po 30 dňoch trvania PN)

DÁTUM KONTROLY,
RESP. OŠETRENIA

LEKÁRSKY NÁLEZ (ZMENA DIAGNÓZY, SPÔSOB REHABILITÁCIE ATĎ.)

DÁTUM BUDÚCEJ
KONTROLY

PREBEHLO KONANIE LPK? ÁNO NIE

AK ÁNO, UVEĎTE ZÁVERY LPK

Potvrdzujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára ako „poistený“ a že som túto správu vypracoval/a na základe zdravotnej dokumentácie vystavenej zdravotníckym zariadením uvedeným nižšie.

DÁTUM PODPISU

MIESTO PODPISU

TELEFÓN LEKÁRA

POČET PRÍLOH

MENO A ADRESA LEKÁRA/ZDRAVOTNÍCKEHO
ZARIADENIA

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA

V prípade dlhodobej PN si nechajte svojím ošetrojúcim lekárom pravidelne po 30 dňoch potvrdiť trvanie PN (1. časť tejto Správy lekára) a zašlite ho na uvedenú adresu.

2. Časť – začiatok a ukončenie PN

DÔVOD PN PRACOVNÝ ÚRAZ ÚRAZ ZAVINENÝ INOU OSOBOU SAMOPOŠKODENIE CHOROBA Z POVOLANIA OSTATNÉ CHOROBY

PODOZRENIE Z VPLYVU ALKOHOLU ALEBO OMAMNÝCH LÁTOK ÁNO NIE

NESCHOPNÝ PRÁCE OD HOSPITALIZÁCIA OD DO

ČÍSLO DOKLADU PN DIAGNÓZA PODĽA WHO

DIAGNÓZA SLOVOM

POPIS LEKÁRSKEHO NÁLEZU - DETAILNE (RTG - DÁTUM A POPIS ATĎ),
V PRÍPADE POTREBY UVEĎTE PODROBNEJŠIE ÚDAJE NA SAMOSTATNEJ PRÍLOHE

VYCHÁDZKY (ČASOVÉ ROZPÄTIE) OD DO OD DO

ZMENA VYCHÁDZOK ODO DŇA

V ČASOVOM ROZPÄTÍ OD DO OD DO

LIEČIL SA PACIENT NA TOTO OCHORENIE, PRÍP. ÚRAZ UŽ SKÔR? ÁNO NIE

AK ÁNO, UVEĎTE OBDOBIE, KEDY PREBIEHALA LIEČBA, KDE A AKO OD DO

DÁTUM UKONČENIA PN SCHOPNÝ PRÁCE OD BOL PRERUŠENÝ LIEČEBNÝ REŽIM? ÁNO NIE

Potvrdzujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára ako „poistený“ a že som túto správu vypracoval/a na základe zdravotnej dokumentácie vystavenej zdravotníckym zariadením uvedeným nižšie.

DÁTUM PODPISU MIESTO PODPISU

TELEFÓN LEKÁRA POČET PRÍLOH

MENO A ADRESA LEKÁRA/ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA