

Radi vám pomôžeme:

0850 646 646

zse@ergo.sk

ERGO

Oznámenie poistnej udalosti - ZSE Poistenie platieb

ČASŤ I. - vyplňuje poistená osoba

A Poistená osoba (ďalej len „poistený“)

priezvisko	meno	rodné číslo																	
ulica, číslo	obec	PSC																	
telefón	email																		

B Oznamovateľ - zástupca poisteného:

Vyplňte, iba ak poistenému závažnosť jeho zdravotného stavu neumožňuje vypísať toto Oznámenie.

priezvisko	meno	vzťah k poistenému																	
ulica, číslo	obec	PSC																	
telefón	email																		

C Označte udalosť, ktorá sa stala poistenému:

udalosť:	nemocničná lôžková starostlivosť v zdravotníckom zariadení:																		
pracovná neschopnosť	áno	nie																	
hospitalizácia																			

D V prípade Pracovnej neschopnosti (ďalej len „PN“) vyplňte:

V prípade PN v dôsledku úrazu:

Napište stručný popis, ako došlo k úrazu:

Mal poistený už predtým zdravotné ťažkosti súvisiace s úrazom? áno nie

Ak áno, odkedy? (deň, mesiac, rok):

V prípade PN v dôsledku choroby:

Dátum, kedy nastala choroba – prvé príznaky (deň, mesiac, rok):

Dátum, kedy poistený z dôvodov tejto choroby prvýkrát navštívil lekára (deň, mesiac, rok):

Mal poistený už predtým zdravotné ťažkosti súvisiace s chorobou? áno nie

Ak áno, odkedy? (deň, mesiac, rok):

Vykonávali ste k prvému dňu vašej PN zamestnanie alebo inú zárobkovú činnosť, ktorá vám zabezpečovala príjem, zárobok, mzdu alebo zisk? áno nie

Ak nie, uveďte z akého dôvodu (napr. nezamestnanosť):

Uveďte obdobie trvania PN (deň, mesiac, rok) - od: do:

Ak PN stále trvá, uveďte dobu trvania PN odhadovanú vašim všeobecným lekárom:

Boli ste už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako pri súčasnej PN: áno nie

Ak áno, kedy? (deň, mesiac, rok):

E V prípade hospitalizácie v dôsledku úrazu vyplňte:

dátum a čas úrazu (deň, mesiac, rok / hodina):

okolnosti úrazu (podrobný popis):

Bola poranená časť tela poškodená už pred úrazom (chorobou alebo iným úrazom)?

áno nie Ak áno, popíšte odkedy a ako:

Oznámenie poistnej udalosti

ZSE Poistenie platieb

ERGO

Bola udalosť, pri ktorej došlo k úrazu, vyšetovaná políciou?	áno	nie	Ak áno, uveďte:
adresu príslušného oddelenia PZ SR:	<input type="text"/>		
číslo vyšetrovacieho spisu:	<input type="text"/>	meno vyšetrovateľa:	<input type="text"/>
telefonický kontakt na vyšetrovateľa:			

F Vyplňte dátum (deň,mesiac,rok) a miesto hospitalizácie v dôsledku úrazu:

od:	<input type="text"/>	do:	<input type="text"/>
názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	<input type="text"/>		
názov nemocničného oddelenia:	<input type="text"/>		
od:	<input type="text"/>	do:	<input type="text"/>
názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	<input type="text"/>		
názov nemocničného oddelenia:	<input type="text"/>		
od:	<input type="text"/>	do:	<input type="text"/>
názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	<input type="text"/>		
názov nemocničného oddelenia:	<input type="text"/>		

G Finančné prostriedky (poistné plnenie) žiadam vyplatiť na bankový účet:

ERGO Poistovňa môže pred výplatou poistného plnenia požadovať úradné overenie podpisu poisteného pri požadovanom čísle účtu:

IBAN:

H Spolu s týmto Oznámením poistnej udalosti pošlite do ERGO Poistovne a.s. tieto dokumenty:

Bol som na PN minimálne 60 dní:

1. vyplnené Oznámenie poistnej udalosti (všetky 3 strany)
2. kópiu Potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti s uvedením diagnózy kvôli, ktorej ste PN (červené tlačivo)
3. kópiu Potvrdenia o ukončení pracovnej neschopnosti (čierné tlačivo)
4. kópiu Lekárskych správ od začiatku liečby až do jej ukončenia
5. kópiu Preukazu o trvaní PN pre Sociálnu poisťovňu tzv. Prechodka (Listok na peniaze pre Sociálnu poisťovňu)
6. kópiu Prepúšťacej správy, ak ste boli hospitalizovaná/-ý

Bol som hospitalizovaný v dôsledku úrazu:

1. vyplnené Oznámenie poistnej udalosti (všetky 3 strany)
2. kópiu Prepúšťacej správy zo zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaná/-ý (s pečiatkou lekára, na ktorej je čitateľné jeho priezvisko)
3. kópiu Potvrdenia o poskytnutí lôžkovej starostlivosti

Spracúvanie osobných údajov

Na účely informovania poisteného/oznamovateľa poistnej udalosti (ďalej ako aj "klienti") o spracúvaní osobných údajov v podmienkach poisťiteľa slúži Informácia o spracúvaní osobných údajov. Klienti berú na vedomie a výslovne súhlasia s tým, aby jednou z možností ako poisťiteľ plní svoju informačnú povinnosť podľa čl. 12 a nasl. Všeobecného nariadenia o ochrane údajov bolo zverejnenie informácií na webovom sídle ERGO Poistovne a.s. (www.ergo.sk).

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedala/-al pravdivo a úplne. Som si vedomá/-ý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že mi boli poskytnuté všetky informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov.

miesto, dátum

podpis poisteného alebo oznamovateľa

Radi vám pomôžeme:

0850 646 646

zse@ergo.sk

ERGO

Oznámenie poistnej udalosti - ZSE Poistenie platieb

ČASŤ II. Lekárska správa - vyplňuje všeobecný lekár poisteného

Prípadné náklady na vyplnenie tohto tlačiva nesie poistená osoba, resp. osoba preukazujúca vznik poistnej udalosti.

A Osobné údaje poisteného:	
priezvisko	meno
rodne číslo	
výška cm	váha kg
B Dôvody pracovnej neschopnosti (choroba / úraz)	
Dôvod č. 1	
Diagnóza / kód:	Dátum PN od:
	Dátum PN do:
Dátum prvého diagnostikovania choroby (deň, mesiac, rok):	
Dôvod č. 2	
Diagnóza / kód:	Dátum PN od:
	Dátum PN do:
Dátum prvého diagnostikovania choroby (deň, mesiac, rok):	
Dôvod č. 3	
Diagnóza / kód:	Dátum PN od:
	Dátum PN do:
Dátum prvého diagnostikovania choroby (deň, mesiac, rok):	
D Vyplňte v prípade úrazu:	
Dátum úrazu (deň, mesiac, rok):	
Dátum prvého ošetrenia po úraze (deň, mesiac, rok):	
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne alebo inak postihnutá? áno nie	
Ak áno, v akom rozsahu a odkedy? (deň, mesiac, rok):	
Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok, resp. požiadal o invalidný dôchodok a čaká na jeho priznanie? Ak áno, uveďte, prosím, podrobnosti (kedy požiadal, resp. kedy bol priznaný a diagnózu/-y, na základe ktorej/ktorých bol invalidný dôchodok priznaný):	
E Aké iné choroby / úrazy boli poistenému diagnostikované k dnešnému dňu a kedy prvýkrát?	
Diagnóza / kód:	Dátum prvého diagnostikovania:
Diagnóza / kód:	Dátum prvého diagnostikovania:
Diagnóza / kód:	Dátum prvého diagnostikovania:

Vyhlasenie lekára

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedala/-al pravdivo a úplne na všetky zadané otázky a som si vedomá/-ý dôsledkov nepravdivých odpovedí.

Telefonický kontakt: _____

V _____ dňa _____

pečiatka a podpis lekára

Radi vám pomôžeme:

0850 646 646

zse@ergo.sk

ERGO

Pomôcka: Oznámenie poistnej udalosti - ZSE Poistenie platieb (ďalej len „Oznámenie“)

Dôležité odporúčanie – kópie všetkých lekárskeho dokumentov

Odporúčame vám, aby ste si robili kópie zo všetkých lekárskeho dokumentov vrátane tých, ktoré vám ošetrojúci lekár odovzdáva pre potreby Sociálnej poisťovne (napríklad všetky tri potvrdenia o práceneschopnosti - červené, čierne tlačivo a tzv. Prechodku (Lístok na peniaze pre Sociálnu poisťovňu)). Tieto lekárske dokumenty ste povinný poslať do ERGO Poisťovne spolu s Oznámením.

Kedy mám vypísať toto Oznámenie a dať ho vyplniť aj môjmu doktorovi?

Som na PN / bol som na PN minimálne 60 dní:

Vypíšte, prosím, toto Oznámenie po 60 dňoch trvania vašej PN a rovnako tak dajte vyplniť aj vášmu ošetrojúcemu lekárovi druhú časť tohto Oznámenia. Pošlite kompletne vyplnené a podpísané Oznámenie do poisťovne. K Oznámeniu priložte požadované lekárske dokumenty - pozri nižšie.

Som / bol som hospitalizovaný v dôsledku úrazu minimálne 24 hodín:

Vypíšte, prosím, toto Oznámenie po ukončení vašej hospitalizácii v dôsledku úrazu bez zbytočného odkladu a rovnako tak dajte vyplniť aj vášmu ošetrojúcemu lekárovi druhú časť tohto Oznámenia. Pošlite kompletne vyplnené a podpísané Oznámenie do ERGO poisťovne. K Oznámeniu priložte požadované lekárske dokumenty - pozri nižšie.

Ktorú časť tlačiva Oznámenia mám vypísať?

Žltú časť tlačiva „Časť I.“ (strana 1 a 2) vyplňte vy - poistená osoba.

Červenú časť tlačiva „Časť II.“ (strana 3) dajte vyplniť vášmu ošetrojúcemu lekárovi.

Aké lekárske dokumenty mám poslať do poisťovne?

Bol som na PN minimálne 60 dní:

1. vyplnené Oznámenie poistnej udalosti (všetky 3 strany)
2. kópiu Potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti s uvedením diagnózy kvôli, ktorej ste PN (červené tlačivo)
3. kópiu Potvrdenia o ukončení pracovnej neschopnosti (čierne tlačivo)
4. kópiu Lekárskych správ od začiatku liečby až do jej ukončenia
5. kópiu Preukazu o trvaní PN pre Sociálnu poisťovňu tzv. Prechodka (Lístok na peniaze pre Sociálnu poisťovňu)
6. kópiu Prepúšťacej správy, ak ste boli hospitalizovaný

Bol som hospitalizovaný v dôsledku úrazu:

1. vyplnené Oznámenie poistnej udalosti (všetky 3 strany)
2. kópiu Prepúšťacej správy zo zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaný (s pečiatkou lekára, na ktorej je čitateľné jeho priezvisko)
3. kópiu Potvrdenia o poskytnutí lôžkovej starostlivosti
4. kópiu Lekárskej správy s uvedením diagnózy, kvôli ktorej bol poistený hospitalizovaný

Ako môžem poslať vyplnené Oznámenie spolu s dokumentmi do poisťovne?

Originál kompletne vyplneného (obidve časti I. a II.) a podpísaného tlačiva spolu aj s lekárkymi dokumentmi (pozri vyššie) pošlite poštou na našu adresu:



ERGO Poisťovňa, a.s.
Apollo Business Center II, Blok D
Prievozská 4C
821 08 Bratislava