

Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

PREUKAZ O TRVANÍ DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Poistenec odovzdá preukaz ihneď po jeho vyplnení a podpísaní vyhlásenia pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské/úrazové poistenie. Bez jeho odovzdania nebudú dávky vyplatené.

Číslo potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti	Rodné číslo
---	-------------

.....
Meno a priezvisko poistenca

Poistenec je ku dňu dočasne práceneschopný.

Pri zmene diagnózy vyznačte nižšie súvislosť s ďalším trvaním DPN:

Choroba <input type="checkbox"/>	Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>	Pracovný úraz <input type="checkbox"/>	Úraz zavinený inou osobou <input type="checkbox"/>	Zmena diagnózy od:
-------------------------------------	---	----------------------------------	--	--	--	--------------------

Dátum

.....
Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára

VYHLÁSENIE POISTENCA

Som si vedomý/á, že som povinný/á preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku na dávku, nároku na jej výplatu a sumu a oznámiť Sociálnej poisťovni skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti do troch dní odo dňa skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti.

Dátum

.....
Podpis poistenca

Záznamy pobočky Sociálnej poisťovne

Denný vymeriavací základ na určenie sumy úrazového príplatku					
Začiatok dočasnej pracovnej neschopnosti					
Zníženie sumy úrazového príplatku áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>					
Poznámka					
	Od - do	Počet dní DPN	Suma úrazového príplatku	Znížená suma úrazového príplatku	Dátum a podpis zam. pobočky Sociálnej poisťovne
55%					
25%					
Spolu					

Poznámka

☐ Vyhovujúce označte "X".