

Pre  
Sociálna poisťovňa pre  
osoby samostatne zárobkovo činné

-----  
Vstupná pečiatka

**HLÁSENIE O CHOROBE**  
pri pripoistení na nemocenské (§ 106 GSVG - Zákon o sociálnom poistení), ako aj  
na dávku sociálnej podpory pri dlho pretrvávajúcej chorobe (§ 104a GSVG)

Poistená/Poistený	Číslo poisťky – dátum narodenia
Adresa	

Práce neschopný od ..... predpokladané trvanie práceneschopnosti .....

Práce schopný od .....

Diagnóza/-y .....

Nemocničné ošetrovanie od ..... do ..... v .....

Pokoj na lôžku  áno  nie Vychádzky od ..... do ..... hod.

Ako začiatok práceneschopnosti je potrebné uviesť deň, v ktorý sa práceneschopnosť nastala.

**Ak by práceneschopnosť súvisela s jednou alebo viacerými nižšie uvedenými príčinami, prosíme o označenie hodiaceho sa krížikom!**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pracovný úraz                        | <input type="checkbox"/> Športový alebo domáci úraz                   |
| <input type="checkbox"/> Dopravná nehoda                      | <input type="checkbox"/> Následok predchádzajúceho úrazu              |
| <input type="checkbox"/> Bitka                                | <input type="checkbox"/> Následok predchádzajúcej nevylicenej choroby |
| <input type="checkbox"/> Úrazovo poistená choroba z povolania | <input type="checkbox"/> Zámerne vyvolaná práceneschopnosť            |

-----  
Dátum

-----  
Pečiatka a podpis lekára

**Informácie o spracovaní Vašich osobných údajov podľa čl. 13 všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov nájdete na našich webových stránkach [www.svs.at/vvt](http://www.svs.at/vvt).**

Vyplní poistenec!

**Pre vyplatenie dávky sociálnej podpory prosíme o nasledujúce údaje:**

- Môj osobný pracovný výkon je pre zachovanie môjho podniku potrebný  áno  nie
- Môj priemerný denný pracovný čas trvá ..... hodín
- Počet pracovníkov zamestnaných v mojom podniku (vrátane pracovníkov na čiastočný úväzok) je ..... a v ročnom priemere pravdepodobne počet 24  presiahne  nepresiahne.

V tomto počte je zohľadnených ..... učňov a/alebo ..... zvýhodnených postihnutých podľa zákona o zamestnávaní postihnutých iSd, BGBl. č. 22/1970.

**Požadované číslo účtu:**

Žiadam o poukázanie na moje konto v .....

IBAN: .....

BIC: .....

*Ďalej vyhlasujem, že som uviedol pravdivé údaje a beriem potvrdzujúco do úvahy, že prostriedky prijaté na základe nepravdivých údajov sa musia vrátiť.*

.....  
Podpis

**Prosím, dodržte nasledujúce ohlasovacie lehoty. Pri prekročení uvedených lehôt sa nesmie nemocenské/dávka sociálnej podpory vyplatiť do okamihu ohlásenia!**

Nemocenské pri pripoistení	Dávka sociálnej podpory
Prvé ohlásenie v priebehu 7 dní od začiatku práceneschopnosti.	Lekárske stanovenie práceneschopnosti v priebehu 4 týždňov od začiatku práceneschopnosti následkom choroby, ako aj ohlásenie v Sociálna poisťovňa v priebehu 2 týždňov po lekárskom stanovení.
Ďalšie ohlásenia musí každých 14 dní potvrdiť lekár a musia sa predložiť v priebehu 7 dní.	Ďalšie ohlásenia musí každých 14 dní potvrdiť lekár a musia sa predložiť v priebehu 7 dní.
Ak práceneschopnosť trvá dlhšie ako 42 dní, tak je ďalšie ohlásenie choroby súčasne žiadosťou o vyplatenie dávky sociálnej podpory.	Práceneschopnosť treba ohlásiť okamžite.
Práceneschopnosť treba ohlásiť okamžite.	