

Za
Sozialversicherungsanstalt der
Selbständigen
Wiedner Hauptstr. 84-86
1051 Wien

.....
Datum ulaza

OBAVIJEST O BOLESTI

u slučaju dopunskog osiguranja za naknadu za bolovanje (čl. 106 Zakona o obveznom socijalnom osiguranju) kao i pomoći u slučaju dugotrajne bolesti (čl. 104a Zakona o obveznom socijalnom osiguranju)

Titula, prezime, ime	Broj osiguranja
Adresa	

 Nesposoban za rad od očekivano trajanje nesposobnosti za rad
Radna sposobnost od
Dijagnoza (dijagnoze)
Bolnička skrb od do u / u
Mirovanje u krevetu ☐ da ☐ ne **Izlaz** od do sati

Početak nesposobnosti za rad mora se navesti kao dan kada je nesposobnost za rad započela.

Ako je Vaša nesposobnost za rad uzrokovana jednim ili više sljedećih uzroka, molimo označite odgovarajuće!

- | | |
|--|--|
| ☐ Nesreća na radu | ☐ Sportska nesreća ili nesreća kod kuće |
| ☐ Prometna nesreća | ☐ Posljedica ranije nesreće |
| ☐ Tučnjava | ☐ Posljedica ranije neizliječene bolesti |
| ☐ Profesionalna bolest pokrivena osiguranjem od nezgode | ☐ Namjerno uzrokovana nesposobnost za rad |

.....
Datum

.....
Pečat i potpis liječnika / liječnice

Ispunjava osiguranik / osigurantica!

Za obradu isplate uzdržavanja, molimo Vas da nam dostavite sljedeće podatke:

- Moj osobni radni učinak je nužan za održavanje mog poslovanja
☐ da ☐ ne
- Moje prosječno dnevno radno vrijeme bilo je sati prije moje bolesti.
- Broj zaposlenika u mojoj tvrtki (uključujući zaposlenike s nepunim radnim vremenom) je i očekuje se da će u prosjeku godišnje
☐ premašiti ☐ neće premašiti broj 24.

Ovaj broj uključuje naučnike i/ili osobe s invaliditetom koje ispunjavaju uvjete za povlašteni tretman prema Zakonu o zapošljavanju osoba s invaliditetom, Savezni službeni list broj 22/1970.

Zahtjev za isplatu na račun:

Zahtijevam prijenos na svoj račun u

IBAN:

BIC:

Nadalje, izjavljujem da su pružene informacije istinite i potvrđujem da se sve beneficije nezakonito primljene zbog lažnih informacija moraju vratiti.

.....
Potpis

Molimo Vas da obratite pozornost na sljedeće rokove za izvještavanje. Ako se prekorače gore navedeni rokovi, isplata naknade za bolovanje/naknade za uzdržavanje ne smije se izvršiti do trenutka obavijesti!

Plaćanje bolovanja s dopunskim osiguranjem	Naknada za uzdržavanje
Prva obavijest u roku od 7 dana od početka nesposobnosti za rad.	Liječnička potvrda o nesposobnosti za rad u roku od 4 tjedna od početka nesposobnosti za rad zbog bolesti i obavijest SVS-u u roku od 2 tjedna od lječničke potvrde.
Daljnje obavijesti mora potvrditi liječnik svakih 14 dana i moraju se dostaviti u roku od 7 dana od datuma izdavanja.	Daljnje obavijesti mora potvrditi liječnik svakih 14 dana i moraju se dostaviti u roku od 7 dana od datuma izdavanja.
Ako nesposobnost za rad traje dulje od 42 dana, daljnja obavijest o bolesti istovremeno je zahtjev za isplatu naknade za uzdržavanje.	Nesposobnost za rad mora se odmah prijaviti.
Sposobnost za rad mora se odmah prijaviti.	

Ako se pravo na naknadu za uzdržavanje u slučaju dugotrajne bolesti podudara s pravom na naknadu za porodični dopust ili pomoć za porodični dopust u poljoprivredi, za to razdoblje isplaćuje se samo naknada za porodični dopust ili pomoć za poljoprivredno poduzeće. Trajanje prava na naknadu za porodični dopust ili pomoć pri porodičnom dopustu ne uračunava se u maksimalno trajanje prava na naknadu za pomoć (20 tjedana).

Informacije o obradi Vaših osobnih podataka u skladu s člankom 13. Opće uredbe o zaštiti podataka možete pronaći na našoj početnoj stranici na svs.at/vvt.