

Vyhlasenie poistenca**Meno a priezvisko poistenca** (povinné pole)

Korešpondenčná adresa (ak je iná ako adresa trvalého pobytu)

Telefónne číslo (nepovinné)

Poistný vzťah, z ktorého si uplatňujem nárok na ošetrovné**

zamestnanec (uviesť názov a sídlo zamestnávateľa)

povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba

dobrovoľne nemocensky poistená osoba

Nárok na ošetrovné si uplatňujem** neuplatňujem** aj z iného nemocenského poistenia.

V prípade, ak si chce poistenec uplatniť nárok na ošetrovné z viacerých nemocenských poistení, z každého nemocenského poistenia musí podať osobitnú žiadosť.

V období prvých štrnástich dní potreby osobnej a celodennej starostlivosti (vyplní iba zamestnanec)**

nebudem vykonávať zárobkovú činnosť, t. j. nebudem mať nárok na mzdu

budem vykonávať zárobkovú činnosť, t. j. budem mať nárok na mzdu v dňoch

Ošetrovné žiadam vyplatiť****na účet vo formáte (IBAN)**

Doplňujúce údaje (iba pri zahraničnom účte, inak nevyplňať)

SWIFT kód banky

Úplný názov banky

Adresa banky (ulica, číslo, PSČ, mesto a štát)

v hotovosti na adresu (ulica, číslo, PSČ, mesto)

Dávka sa poukazuje na účet v banke alebo pobočke zahraničnej banky uvedený v žiadosti alebo v hotovosti na adresu uvedenú v žiadosti. Ak nie je uvedené v žiadosti číslo účtu alebo adresa výplaty dávky, Sociálna poisťovňa vyplatí dávku na adresu trvalého pobytu poistenca prostredníctvom Slovenskej pošty, a. s.

Ak žiadam o ošetrovné na dieťa od dovŕšeného 11. roku do dovŕšenia 18. roku veku s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom**:

Kópiu rozhodnutia príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobou nepriaznivom zdravotnom stave dieťaťa alebo ťažkom zdravotnom postihnutí dieťaťa prikladám v prílohe.

Dieťaťu nebolo vydané rozhodnutie príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobou nepriaznivom zdravotnom stave alebo ťažkom zdravotnom postihnutí, a preto žiadam o posúdenie dlhodobou nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa posudkovým lekárom Sociálnej poisťovne.

Súhlasím, aby boli moje osobné údaje spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne. Ak bude dávka vyplatená na adresu, súhlasím, aby Sociálna poisťovňa poskytovala Slovenskej pošte, a. s., moje osobné údaje.

Som si vedomý, že som povinný preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku na dávku, nároku na jej výplatu a sumu.

Som si vedomý povinnosti nahlásiť všetky skutočnosti ovplyvňujúce nárok na ošetrovné, najmä prerušenie/ukončenie starostlivosti o dieťa alebo dosahovanie príjmu v inom rozsahu ako je uvedené vyššie.

Zmenu údajov uvedených v tejto žiadosti je poistenec povinný nahlásiť Sociálnej poisťovni prostredníctvom tlačiva Oznámenie o zmene skutočností ovplyvňujúcich nárok na ošetrovné z dôvodu uzavretia školy/predškolského zariadenia/zariadenia sociálnych služieb.

Svojím podpisom potvrdzujem úplnosť a pravdivosť údajov.

(Bez podpisu poistenca bude konanie o ošetrovnom prerušené.)

Dátum:

Podpis poistenca

**Vyhovujúce označte x.