



**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 dlhodobo nepriaznivým zdravotným stavom\*\*:

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

Dieťaťu nebolo vydané rozhodnutie príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobo nepriaznivom zdravotnom stave alebo ťažkom zdravotnom postihnutí, a preto žiadam o posúdenie dlhodobo 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.