

Oznámenie zmeny skutočností rozhodujúcich pre nárok na nemocenskú dávku, jej výšku a výplatu – DLHODOBÉ OŠETROVNÉ (potreba ošetrovania potvrdená lekárom)

Poistenec týmto formulárom nahlasuje vybrané zmeny skutočností k nemocenskej dávke dlhodobé ošetrovné (potreba ošetrovania potvrdená lekárom).

Údaje poistenca, ktorý nahlasuje zmeny skutočností pre nárok na dlhodobé ošetrovné, jeho výšku a výplatu

Meno a priezvisko poistenca (povinné)

Rodné číslo/dátum narodenia u cudzinca (povinné)

Korešpondenčná adresa (nepovinné, uviesť iba ak je iná ako adresa trvalého pobytu)

Telefónne číslo (nepovinné)

E-mail (nepovinné)

Oznamujem zmenu skutočností rozhodujúcich pre nárok na dlhodobé ošetrovné, jeho výšku a výplatu* (povinné)

nahlásenie ukončenia poberania dávky (napr. nástup do práce, koniec poskytovania ošetrovania)

Dátum ukončenia poberania ošetrovného (povinné)

oprava údajov osoby, o ktorú sa starám

Meno a priezvisko ošetrovanej osoby (povinné)

Rodné číslo/dátum narodenia, ak ošetrovaná osoba nemá pridelené rodné číslo v SR (povinné)

nahlásenie prerušenia ošetrovania

Prerušenie ošetrovania od (povinné) do (nepovinné)

Dôvod prerušenia ošetrovania (povinné)

dosahovanie vymeriavacieho základu počas poberania dávky (výkon práce v určitom období)

Obdobie od (povinné) do (nepovinné)

Obdobie od (povinné) do (nepovinné)

Obdobie od (povinné) do (nepovinné)

Z poistného vzťahu/uviesť názov a sídlo zamestnávateľa (povinné)

zohľadnenie doby nemocenského poistenia získanej v zahraničí

Žiadam zohľadniť dobu nemocenského poistenia získanú v členskom štáte EÚ, štáte EHP, Švajčiarskej konfederácii, Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska alebo v zmluvnom štáte v posledných dvoch rokoch pred vznikom dôvodu na poskytnutie dlhodobého ošetrovného.

Uvedte štát a názov inštitúcie, v ktorej ste boli nemocensky poistený na účely peňažnej dávky v chorobe.

oznámenie dátumu ukončenia poskytovania ošetrovania na účely prestriedania

Dátum ukončenia ošetrovania na účely prestriedania (povinné)

oznámenie trvania ošetrovania ku koncu kalendárneho mesiaca na účely výplaty dávky

Trvanie ošetrovania do (povinné)

Údaje mnou poskytnuté sú správne a aktuálne.

Osobné údaje sú spracúvané na základe zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. Viac o spracúvaní osobných údajov nájdete na webovej stránke Sociálnej poisťovne www.socpoist.sk.

Dátum:

Podpis poistenca (povinné):

Príloha

☐ iné (napr. pracovná zmluva/iný doklad preukazujúci nemocenské poistenie v zahraničí)

Bez vyplnenia povinných údajov nebudú zmeny skutočností zohľadnené.

***Vyhovujúce označte x.**