

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

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

Údaje poistenca, ktorý nahlasuje zmeny skutočností pre nárok na krátkodobé 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 krátkodobé ošetrovné, jeho výšku a výplatu*
(povinné)

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

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/starostlivosti

Prerušenie ošetrovania/starostlivosti od (povinné) do (nepovinné)

Dôvod prerušenia ošetrovania/starostlivosti (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 krátkodobého ošetrovného.

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

oznámenie trvania ošetrovania/starostlivosti ku koncu kalendárneho mesiaca na účely výplaty dávky

Trvanie ošetrovania/starostlivosti 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.**