**Hlásenie úrazu/Accident reporting**

**Tlačivo predkladá poistenec vždy, ak sa stal práceneschopným z dôvodu úrazu alebo pracovného úrazu. Ak tlačivo nebude predložené, Sociálna poisťovňa nemôže zistiť skutočný stav veci alebo môže pristúpiť ku kráteniu dávok na polovicu (§ 111 ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z.) až do došetrenia skutočného stavu veci./The insured person shall submit the form whenever he/she has become incapacitated as a result of an accident or an accident at work. If the form is not submitted, the Social Insurance Agency cannot determine the actual state of the case or the Social Insurance Agency may halve the benefits (Section 111(1) of Act No 461/2003 Coll.) until the actual state of the case has been investigated.**

Meno/Name

Priezvisko/Surname

Rodné číslo/Birth number

Dátum narodenia/Date of birth

Korešpondenčná adresa/Address for correspondence

Telefónne číslo (voliteľné)\*/Phone number (optional)\*

e-mail (voliteľné)\*/e-mail (optional)\*

Dátum vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti/Date of occurence of incapacity for work

Miesto, dátum a hodina, kedy úraz vznikol/Place, date and hour at which accident occurred

Úraz vznikol pri plnení pracovných úloh u zamestnávateľa? áno🞎/nie🞎/ \*\*/Did the accident occur during the performance of labour tasks with the employer? yes🞎/no🞎 \*\*

ak áno, uveďte názov a sídlo zamestnávateľa/if so, please state the name and the registered office of the employer

Ako došlo k úrazu? (uveďte stručný popis)/How did the accident occur? (Please provide a brief description)

V čase úrazu som bol pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok áno🞎/nie🞎 \*\*/I was under the influence of alcohol or other addictive drugs at the time of the accident yes🞎/no🞎 \*\*

Úraz mi zavinila iná osoba áno🞎/nie🞎 \*\*/Another person caused my injury yes🞎/no🞎 \*\*

ak áno, uveďte meno, priezvisko a adresu osoby, ktorá úraz zavinila/if so, please state name, surname and the address of the person who caused the accident

Mená a priezviská prípadných svedkov úrazu/Names and surnames of possible accident witnesses

Vyšetruje okolnosti vzniku úrazu polícia? áno🞎/nie🞎 \*\*/Are the police investigating the circumstances of the accident? yes🞎/no🞎 \*\*

ak áno, uveďte názov príslušného PZ a číslo konania/if so, please indicate the name of the relevant police force and the number of the proceedings

**Vyhlasujem na svoju česť, že údaje, ktoré som uviedol sú pravdivé. Som si vedomý následkov nepravdivého čestného vyhlásenia./I declare on my honour that the data I have given are true. I am aware of the consequences of a false declaration on honour.**

Dátum a podpis poistenca/Date and signature of the insured person ............................................................................................................................

Poznámky/Notes:

\* uveďte aspoň jeden kontakt na účely operatívneho spojenia v prípade nezrovnalostí/indicate at least one contact for operational purposes in case of discrepancies

\*\* vyhovujúce označte/please tick complying item

Poučenie/Instructions:

1. Suma nemocenského je polovica sumy nemocenského, ak sa poistenec stal dočasne práceneschopným v dôsledku stavu, ktorý si privodil sám požitím alkoholu alebo v dôsledku zneužitia iných návykových látok./ The amount of sickness benefit shall be half of the amount of sickness benefit if the insured person has become temporarily incapable for  work as a result of a condition which he has caused himself/herself by consuming alcohol or as a result of the abuse of other addictive substances.
2. Poistenec je povinný Sociálnej poisťovni preukázať skutočnosti rozhodujúce na vznik nároku na dávku, nároku na jej výplatu a jej sumu. Ak bol poistenec alebo príjemca dávky písomne vyzvaný príslušnou organizačnou zložkou Sociálnej poisťovne, aby preukázal tieto skutočnosti, je povinný výzve vyhovieť v lehote do ôsmich dní odo dňa doručenia výzvy, ak organizačná zložka Sociálnej poisťovne neurčila inú lehotu./The insured is obliged to prove the facts to the Social Insurance Agency which are decisive for the occurrence of the entitlement to the benefit, the entitlement to its payment and its amount. If the insured person or the recipient of the benefit has been requested in writing by the relevant branch office of the Social Insurance Agency to prove these facts, he/she is obliged to satisfy this request within eight days from the date of delivery of the request.