

Späťvzatie žiadosti o nemocenské /úrazový príplatok

Meno

Priezvisko

Rodné číslo

Dátum narodenia

Korešpondenčná adresa *

Telefónne číslo (voliteľné) **

e-mail (voliteľné) **

Dátum vzniku ePN

Beriem späť žiadosť o nemocenské z poistného vzťahu***

☐ zo všetkých poistení (vyznačte aj v prípade, ak máte iba jedno poistenie) alebo len

z poistenia

☐ zamestnanca (uviesť názov a sídlo zamestnávateľa/ľov)

☐ povinne nemocensky poistenej samostatne zárobkovo činnnej osoby

☐ dobrovoľne nemocensky poistenej osoby

☐ **Beriem späť žiadosť o úrazový príplatok**

Doručením tejto žiadosti bude konanie o dávke z vyznačených poistných vzťahov zastavené.

Dátum a podpis poistenca

Poznámky:

* uveďte korešpondenčnú adresu iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu

** uveďte aspoň jeden kontakt na účely operatívneho spojenia v prípade nezrovnalostí

*** vyznačte všetky poistné vzťahy, z ktorých chcete vziať späť žiadosť o dávku

Poučenie:

Žiadosť o nemocenské/úrazový príplatok môže poistenec až do ukončenia konania o nároku na nemocenské/úrazový príplatok vziať späť.