

**SOCIÁLNA POISŤOVŇA**

Dátum doručenia pobočky Sociálnej poisťovne

**POTVRDENIE O DOČASNEJ
PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI****S****I. A) Legitímácia dočasne práceneschopného poistenca**

Po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti je poistenec povinný toto potvrdenie odovzdať ošetrojúcemu lekárovi, ktorý ho odošle bez zbytočného odkladu útvaru lekárskej posudkovej činnosti pobočky Sociálnej poisťovne, príslušnej podľa miesta výkonu práce ošetrojúceho lekára.

Meno a priezvisko				Rodné číslo			
Adresa trvalého/prechodného pobytu							
Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo							
Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)							
Poistný vzťah 1. Zamestnanec <input type="checkbox"/> 2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/> 3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/>				Uznatie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a odsek ¹⁾ : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 Neschopný práce od Dátum vzniku choroby/úrazu²⁾			
Choroba <input type="checkbox"/>	Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>	Pracovný úraz <input type="checkbox"/>	Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/>	Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>	
Diagnóza (Štat. značka)				Konečná diagnóza (Štat. značka)			
Vystavené dňa..... Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára				Schopný práce od Dátum, odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára			
Povolené vychádzky odo dňa				od h do h od h do h			
I. B) Hlásenie pobočky Sociálnej poisťovne o skončení dočasnej pracovnej neschopnosti. Odoslané dňa Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára							
Zmena ošetrojúceho lekára (uviesť meno a priezvisko nového lekára oprávneného na ďalšie posudzovanie dočasnej pracovnej neschopnosti):							

Poznámky ☐ Vyhovujúce označte x.

1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrojúceho lekára uvedených na zadnej strane IV. dielu tohto tlačiva) označte x.

2) Vypíšte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca.

Vypíšte tlačným písmom.

5. Ak nastúpi poistenec do zamestnania bez rozhodnutia ošetrujúceho lekára, ohlásí túto skutočnosť ošetrujúcemu lekárovi a doručí mu toto potvrdenie. Zároveň si u ošetrujúceho lekára vyzdvihne IV. diel potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti a po potvrdení zamestnávateľom ho odovzdá pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské/úrazové poistenie. Bez predloženia IV. dielu potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti nebudú nemocenské alebo úrazový príplatok za posledný kalendárny mesiac dočasnej pracovnej neschopnosti vyplatené.

Záznamy zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti			
Deň nástupu do ústavnej starostlivosti	Deň ukončenia ústavnej starostlivosti	Podpis ošetrojúceho lekára	Odtlačok pečiatky

**SOCIÁLNA POISŤOVŇA**

Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

**POTVRDENIE O DOČASNEJ
PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI****S**
II. Žiadosť o nemocenské ☐
 o úrazový príplatok ☐

Pred podaním žiadosti je poistenec povinný vyznačiť, o ktorú dávku žiada a vyplniť a podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba, dobrovoľne nemocensky poistená osoba a zamestnanec v ochrannnej lehote, uplatňujúci si nárok na nemocenské/úrazový príplatok odovzdávajú toto potvrdenie hneď po jeho vystavení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva ich nemocenské/úrazové poistenie.

Zamestnanec odovzdá toto potvrdenie pobočke Sociálnej poisťovne iba v prípade, ak dočasná pracovná neschopnosť trvá viac ako 10 kalendárnych dní a to prostredníctvom svojho zamestnávateľa, s výnimkou zamestnanca uplatňujúceho si nárok na úrazový príplatok, ktorý odovzdá toto potvrdenie prostredníctvom svojho zamestnávateľa hneď po jeho vystavení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho úrazové poistenie.

Vyplní oprávnený lekár:	Meno a priezvisko				Rodné číslo			
	Adresa trvalého/prechodného pobytu							
	Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo							
	Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)							
	Poistný vzťah 1. Zamestnanec <input type="checkbox"/> 2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/> 3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/>				Uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a odsek ¹⁾ : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 Neschopný práce od Dátum vzniku choroby/úrazu²⁾			
Choroba <input type="checkbox"/>	Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>	Pracovný úraz <input type="checkbox"/>	Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/>	Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>		
Vystavené dňa..... Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára				Meno a adresa všeobecného lekára, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ³⁾				
Vyplní zamestnávateľ:	Potvrdenie zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) 1. Zamestnanec má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca za obdobie od do 2. Zamestnanec nemá nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca z dôvodu porušenia liečebného režimu od 3. Zamestnanec má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca vo výške polovice z dôvodu, že sa stal dočasne práceneschopným v dôsledku stavu, ktorý si prívodil sám požitím alkoholu alebo v dôsledku zneužitia iných návykových látok od 4. Zamestnanec pred vznikom dočasnej pracovnej neschopnosti naposledy pracoval.....							
	Dátum, odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa							

Poznámky ☐ Vyhovujúce označte x.

1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrojúceho lekára uvedených na zadnej strane IV. dielu tohto tlačiva) označte x.

2) Vyplňte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca.

3) Vyplňte v prípade vystavenia tlačiva počas ústavnej starostlivosti poistenca.

Vyplňte tlačným písmom.

**SOCIÁLNA POISŤOVŇA**

Dátum doručenia zamestnávateľovi.....

**POTVRDENIE O DOČASNEJ
PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI****S****Ila. Žiadosť o náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca****Pred podaním žiadosti je zamestnanec povinný podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia.**

Zamestnanec odovzdá toto potvrdenie svojmu zamestnávateľovi.

Vyplní oprávnený lekár:	Meno a priezvisko				Rodné číslo			
	Adresa trvalého/prechodného pobytu							
	Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo							
	Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)							
	Poistný vzťah Zamestnanec <input type="checkbox"/>				Uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a odsek ¹⁾ : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15			
				Neschopný práce od		Dátum vzniku choroby/úrazu ²⁾		
Choroba <input type="checkbox"/>	Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>	Pracovný úraz <input type="checkbox"/>	Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/>	Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>		
Vystavené dňa..... Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára								
Vyplní zamestnávateľ:	Záznamy zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) Zamestnanec/zamestnankyňa pred vznikom dočasnej pracovnej neschopnosti naposledy pracoval/a Podľa potvrdenia oprávneného lekára zamestnanec je schopný práce dňom Zamestnanec nastúpil do zamestnania dňa Dátum, odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa							

Poznámky ☐ Vyhovujúce označte x.

1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrojúceho lekára uvedených na zadnej strane IV. dielu tohto tlačiva) označte x.

2) Vyplňte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca.

Vyplňte tlačným písmom.

Informácie pre zamestnanca

1. Zamestnanec má počas prvých 10 dní dočasnej pracovnej neschopnosti nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, ktorú vypláca zamestnávateľ. Nárok na nemocenské vzniká zamestnancovi od 11. dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Zamestnanec, uplatňujúci si nárok na nemocenské z ochrannej lehoty, má nárok na nemocenské od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Zamestnanec, ktorého poistenie zaniklo v období dočasnej pracovnej neschopnosti, v ktorom má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, má nárok na nemocenské odo dňa nasledujúceho po dni zániku nemocenského poistenia. Nárok na nemocenské si zamestnanec uplatňuje predložením II. dielu potvrdenia pobočky Sociálnej poisťovne prostredníctvom svojho zamestnávateľa.

2. Zamestnanec, ktorému vznikla dočasná pracovná neschopnosť z dôvodu pracovného úrazu alebo choroby z povolania, má nárok na úrazový príplatok od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Zamestnanec si uplatňuje nárok na úrazový príplatok predložením II. dielu potvrdenia pobočky Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho úrazové poistenie.

VYHLÁSENIE ZAMESTNANCA

Som si vedomý, že som povinný preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, nároku na jej výplatu a jej sumu.

Dátum

.....
Podpis zamestnanca

Záznamy platiteľa náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca

Denný vymeriavací základ (§ 55 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení)					
Začiatok dočasnej pracovnej neschopnosti					
Skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti					
Zníženie sumy náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>					
Porušenie liečebného režimu od					
Poznámka					
	Od - do	Počet dní DPN	Suma náhrady príjmu pri DPN	Znížená suma náhrady príjmu pri DPN	Dátum a podpis zamestnávateľa
...%					
55%					
Spolu					

**SOCIÁLNA POISŤOVŇA**

Dátum doručenia pobočky Sociálnej poisťovne

**POTVRDENIE O DOČASNEJ
PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI****S****III. Hlásenie pre pobočku Sociálnej poisťovne
o začiatku dočasnej pracovnej neschopnosti**

Toto potvrdenie odošle ošetrojúci lekár bez zbytočného odkladu útvaru lekárskej posudkovej činnosti pobočky Sociálnej poisťovne, príslušnej podľa miesta výkonu práce ošetrojúceho lekára.

Meno a priezvisko				Rodné číslo			
Adresa trvalého/prechodného pobytu							
Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo							
Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)							
Poistný vzťah 1. Zamestnanec <input type="checkbox"/> 2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/> 3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/>				Uznatie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a odsek ¹⁾ : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 Neschopný práce od <input type="text"/> Dátum vzniku choroby/úrazu ²⁾ <input type="text"/>			
Choroba <input type="checkbox"/>	Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>	Pracovný úraz <input type="checkbox"/>	Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/>	Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>	
Diagnóza (Štat. značka)				Meno a adresa všeobecného lekára, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ³⁾			
Vystavené dňa.....							
Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára							
Povolené vychádzky odo dňa				od h do h od h do h			
Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia							
				Podporné obdobie končí dňa			

Vyplní oprávnený lekár.

Poznámky ☐ Vyhovujúce označte x.

1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrojúceho lekára uvedených na zadnej strane IV. dielu tohto tlačiva) označte x.

2) Vyplňte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca.

3) Vyplňte v prípade vystavenia tlačiva počas ústavnej starostlivosti poistenca.

Vyplňte tlačienom pismom.

Záznamy posudkového lékaře

**SOCIÁLNA POISŤOVŇA**

Dátum doručenia a) zamestnávateľovi
b) pobočke Sociálnej poisťovne

**POTVRDENIE O DOČASNEJ
PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI**

S

IV. Hlásenie zamestnávateľovi a pobočke Sociálnej poisťovne o skončení dočasnej pracovnej neschopnosti

Pred odovzdaním potvrdenia je poistenec povinný vypísať a podpísať vyhlásenie na druhej strane tohto potvrdenia. Poistenec odovzdá toto potvrdenie ihneď po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské/úrazové poistenie. Zamestnanec dá potvrdiť toto potvrdenie svojmu zamestnávateľovi (pozri informácie pre poistenca). Bez predloženia tohto potvrdenia nebude vyplatená dávka za posledný kalendárny mesiac dočasnej pracovnej neschopnosti.

Vyplní oprávnený lekár:	Meno a priezvisko				Rodné číslo			
	Adresa trvalého/prechodného pobytu							
	Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo							
	Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)							
	Poistný vzťah 1. Zamestnanec <input type="checkbox"/> 2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/> 3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/>				Uznatie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a odsek ¹⁾ : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 Neschopný práce od Dátum vzniku choroby/úrazu²⁾			
	Choroba <input type="checkbox"/>	Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>	Pracovný úraz <input type="checkbox"/>	Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/>	Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>	
Vystavené dňa.....				Schopný práce od Dátum, odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára				
Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára				Dátum, odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára				
Vyplní zamestnávateľ:	Potvrdenie zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)							
	Do zamestnania nastúpil/a dňa Dátum, odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa							

Poznámky ☐ Vyhovujúce označte x.

1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrojúceho lekára uvedených na zadnej strane IV. dielu tohto tlačiva) označte x.

2) Vyplňte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca. Vyplňte tlačným písmom.

Informácie pre ošetrujúceho lekára

§ 12a odsek 1 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby posudzuje a rozhoduje o nej príslušný ošetrujúci lekár, ktorým je **všeobecný lekár, lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo** (lekár ambulantnej zdravotnej starostlivosti) a **lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti** určený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

§ 12a odsek 3 zákona: Dočasná pracovná neschopnosť sa začína dňom, v ktorom príslušný ošetrujúci lekár zistil chorobu, ktorá vyžaduje dočasnú pracovnú neschopnosť. Ak sa zdravotná starostlivosť poskytne zamestnancovi po odpracovaní jeho pracovnej zmeny, dočasná pracovná neschopnosť sa začína nasledujúcim kalendárnym dňom.

§ 12a odsek 4 zákona: Príslušný ošetrujúci lekár môže uznať osobu za dočasne práceneschopnú späť **najviac tri kalendárne dni** na základe lekárskeho nálezu lekárskej služby prvej pomoci alebo ústavnej pohotovostnej služby, ak nie je ustanovené inak.

§ 12a odsek 9 zákona: Ak sa po ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti zdravotný stav osoby zhorší, príslušný ošetrujúci lekár vystaví nové potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, na ktorom vyznačí údaj „pokračovanie dočasnej pracovnej neschopnosti“. Príslušný ošetrujúci lekár vystaví nové potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti odo dňa, ktorý je uvedený ako deň pracovnej schopnosti osoby na predchádzajúcom potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti. Nové potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti možno vystaviť najneskôr v deň, ktorý je uvedený ako deň pracovnej schopnosti osoby na predchádzajúcom potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti.

§ 12a odsek 10 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby, ktorá má schválenú žiadosť o udelenie súhlasu podľa osobitného zákona na plánovanú ústavnú starostlivosť, ktorá sa má poskytnúť v cudzine, potvrdzuje ošetrujúci lekár ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Tento vystaví osobe potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, ak preukáže deň nástupu do zdravotníckeho zariadenia **v cudzine**, v ktorom sa má plánovaná starostlivosť poskytnúť, pred dňom nástupu.

§ 12a odsek 11 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby, ktorej sa má poskytnúť ústavná starostlivosť **v inom členskom štáte Európskej únie** podľa osobitného zákona, potvrdzuje ošetrujúci lekár ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Tento vystaví osobe potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, ak preukáže deň nástupu do zdravotníckeho zariadenia v inom členskom štáte Európskej únie, v ktorom sa má ústavná starostlivosť poskytnúť, pred dňom nástupu.

§ 12a odsek 14 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby, ktorej sa poskytla neodkladná starostlivosť spojená s hospitalizáciou v cudzine, potvrdzuje, ak nie je ustanovené inak, ošetrujúci lekár ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ak mu osoba predložila prepúšťacu správu do troch dní odo dňa ukončenia hospitalizácie v cudzine. Tento vystaví potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti späť, pričom dátum začiatku dočasnej pracovnej neschopnosti určí podľa prepúšťacej správy. Ak zdravotný stav osoby nevyžaduje ďalšiu dočasnú pracovnú neschopnosť, ošetrujúci lekár ambulantnej starostlivosti na potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti uvedie aj dátum ukončenia dočasnej pracovnej neschopnosti podľa prepúšťacej správy.

§ 12a odsek 15 zákona: Ak na poskytnutú neodkladnú starostlivosť v cudzine nadväzuje ústavná starostlivosť v Slovenskej republike, dočasnú pracovnú neschopnosť osoby potvrdzuje lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti. Tento vystaví potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti späť, pričom dátum začiatku dočasnej pracovnej neschopnosti určí podľa prepúšťacej správy.

Informácie pre poisťenca

1. Zamestnanec predloží toto potvrdenie zamestnávateľovi, ktorý vyznačí deň nástupu do zamestnania. V prípade, ak dočasná pracovná neschopnosť zamestnanca trvala viac ako 10 kalendárnych dní, zamestnávateľ na IIa. diele potvrdenia v časti „Záznamy zamestnávateľa“ vyznačí, od ktorého dňa je zamestnanec práceschopný a potvrdený IV. diel vráti zamestnancovi, ktorý ho predložil pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské/úrazové poistenie.

2. Ak vznikla dočasná pracovná neschopnosť zamestnanca v dôsledku pracovného úrazu alebo choroby z povolania a zamestnanec si uplatnil nárok na úrazový príplatok, po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti, ktorá trvala najviac 10 kalendárnych dní, predkladá zamestnanec toto potvrdenie pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho úrazové poistenie, po predchádzajúcom potvrdení zamestnávateľom. Zamestnávateľ na účely výplaty náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti vyznačí na IIa. diele potvrdenia v časti „Záznamy zamestnávateľa“, od ktorého dňa je zamestnanec práceschopný.

3. **Po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti poisťenec odovzdá ošetrujúcemu lekárovi I. diel potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti „A) Legitimácia dočasne práceneschopného poisťenca“.** Ošetrujúci lekár následne vyplní údaj „Schopný práce od“ na tomto potvrdení a odovzdá ho poisťencovi.

4. Poisťenec a poberateľ nemocenského je povinný oznámiť Sociálnej poisťovni skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti do troch kalendárnych dní odo dňa skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti, ak dočasná pracovná neschopnosť trvala viac ako 10 dní.

VYHLÁSENIE POISTENCA

Vyhlasujem, že som nezatajil žiadnu rozhodujúcu skutočnosť na priznanie a výplatu náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, nemocenského, úrazového príplatku.

Dátum

.....
Podpis poisťenca