

Čestné vyhlásenie ku skutočnostiam rozhodujúcim pre vznik platiteľa poistného – štát*

Meno a priezvisko:

Rodné číslo/BIČ: **Štátna príslušnosť:**

Ulica: **Číslo domu:**

Obec: **PSČ:**

Telefón: **E-mail:**.....

čestne vyhlasujem, že od..... som poistencom, za ktorého je platiteľom poistného štát **(kategória 1L)** a to z dôvodu, že opatrujem fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím odkázanú podľa vydaného posudku/blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo zdravotníckom zariadení**

meno a priezvisko (opatrovanej osoby):.....**nar.:**....., pričom neexistuje iná osoba, za ktorú je platiteľom poistného štát z dôvodu, že opatruje tú istú osobu.

Som si vedomý/-á toho, že v prípade uvedenia nepravdivých alebo zavádzajúcich informácií v tomto čestnom vyhlásení zaniká povinnosť štátu ako platiteľa poistného podľa § 11 ods. 7 písm. k) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, a to aj spätne.

V **dňa**

.....
podpis poistenca

Poznámka:

* § 11 ods. 7 písm. k) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

** nehodiace sa prečiarknite