

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

ku skutočnostiam rozhodujúcim pre vznik platiteľa poistného – štát **1K*1L****

Meno a priezvisko	
Rodné číslo / BIČ	Štátna príslušnosť
Ulica	Číslo domu
Obec	PSČ
Telefón	E-mail

Čestne vyhlasujem, že od do som poistcom, za ktorého je platiteľom poistného štát.
Patrím do kategórie **kategória 1L / kategória 1K** (vyberte svoju kategóriu, druhú prečiarknite).

KATEGÓRIA 1L

...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^{1K**}

Meno a priezvisko (opatrovanej osoby)

nar.

...pričom neexistuje iná osoba, za ktorú je platiteľom poistného štát, ktorá opatruje tú istú osobu

KATEGÓRIA 1K

...a to z dôvodu, že sa celodenne a riadne starám o dieťa vo veku do 6 rokov

Meno a priezvisko (dieťaťa)

nar.

...pričom neexistuje iná osoba, za ktorú je platiteľom poistného štát z dôvodu, že poberá rodičovský príspevok alebo materské na totožné dieťa alebo z dôvodu, že sa celodenne a riadne stará o to isté dieťa

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:

1K * § 11 ods. 7 písm. j) 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
1L ** § 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