

Žiadosť iného poistenca o materské*

Iný poistenec, ktorý si uplatňuje nárok na materské:

Meno a priezvisko poistenca (povinné pole)

Rodné číslo/dátum narodenia u cudzinca (povinné pole)

A. Ako otec dieťaťa/deti do šiestich týždňov odo dňa pôrodu si uplatňujem nárok na materské od do (spravidla najneskôr do šiestich týždňov odo dňa pôrodu) v súvislosti so starostlivosťou o dieťa/deti

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

Dieťa menom

bolo v období šesť týždňov odo dňa pôrodu v ústavnej starostlivosti zdravotníckeho zariadenia z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu na strane dieťaťa alebo jeho matky (mimo štandardnej dĺžky popôrodnej starostlivosti) od do (lekársku správu/potvrdenie lekára prikladám).

B. Ako iný poistenec si uplatňujem nárok na materské od , t. j. odo dňa, od ktorého sa starám o dieťa/deti, najneskôr do dovŕšenia troch rokov veku dieťaťa

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

Potvrdenie zamestnávateľa:Otcovská dovolenka / Rodičovská dovolenka poskytnutá od do
Naposledy pracoval dňa

Dátum

Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa

Časť A vyplní otec dieťaťa, ktorý žiada o materské najskôr odo dňa narodenia dieťaťa do uplynutia šiestich týždňov odo dňa pôrodu. Nárok na materské má v rozsahu najviac dvoch týždňov od priznania materského. Obdobie šiestich týždňov možno predĺžiť o obdobie ústavnej starostlivosti zdravotníckeho zariadenia z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu na strane dieťaťa alebo jeho matky (mimo štandardnej dĺžky popôrodnej starostlivosti).

Časť B vyplní iný poistenec, ktorým je

- otec dieťaťa, ak matka dieťaťa zomrela,
- otec dieťaťa, ak sa podľa lekárskeho posudku matka o dieťa nemôže starať alebo nesmie starať pre svoj nepriaznivý zdravotný stav, ktorý trvá najmenej jeden mesiac, a matka nepoberá materské alebo rodičovský príspevok, s výnimkou, keď dieťa bolo zverené matke rozhodnutím súdu (ku žiadosti je potrebné priložiť posudok lekára),
- manžel matky dieťaťa, ak sa matka podľa lekárskeho posudku o dieťa nemôže starať alebo nesmie starať pre svoj nepriaznivý zdravotný stav, ktorý trvá najmenej jeden mesiac, a matka nepoberá materské alebo rodičovský príspevok (ku žiadosti je potrebné priložiť posudok lekára),
- otec dieťaťa, najskôr po uplynutí šiestich týždňov odo dňa pôrodu, a matka nepoberá materské na to isté dieťa alebo rodičovský príspevok na ktorékolvek dieťa,
- manželka otca dieťaťa, ak sa stará o dieťa, ktorého matka zomrela, alebo
- fyzická osoba, ak sa stará o dieťa na základe rozhodnutia príslušného orgánu (ku žiadosti je potrebné priložiť rozhodnutie príslušného orgánu).

Iný poistenec uvedený v časti B, ktorý sa stará o dieťa, má nárok na materské odo dňa priznania materského v období

28 týždňov, najdlhšie do dovŕšenia troch rokov veku dieťaťa,

31 týždňov, najdlhšie do dovŕšenia troch rokov veku dieťaťa, ak je ku koncu 28. týždňa od priznania materského osamelý, alebo

37 týždňov, najdlhšie do dovŕšenia troch rokov veku dieťaťa, ak poskytuje starostlivosť dvom alebo viac deťom a aspoň o dve z nich sa ku koncu 28. týždňa od priznania materského stará.

***Poučenie:** Ak dôjde k zmene skutočností uvedených v tejto žiadosti, je potrebné podať novú Žiadosť iného poistenca o materské. Podanie novej žiadosti nebude mať vplyv na začiatok konania o nároku na materské (konanie sa začína na základe pôvodnej žiadosti).

Vyhlásenie poistenca

Meno a priezvisko poistenca (povinné pole)

Korešpondenčná adresa (ak je iná ako adresa trvalého pobytu)

Telefónne číslo (nepovinné)

Nárok na materské a nárok na jeho výplatu si uplatňujem odo dňa uvedeného na prvej strane tejto žiadosti. Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý povinnosti, nahlásiť všetky skutočnosti ovplyvňujúce nárok na materské, najmä skoršie ukončenie otcovskej /rodičovskej dovolenky, resp. ukončenie starostlivosti o dieťa z iného dôvodu.

Poistný vzťah, z ktorého si uplatňujem nárok na materské**

zamestnanec (uviesť názov a sídlo zamestnávateľa)

povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba

dobrovoľne nemocensky poistená osoba

Nárok na materské si uplatňujem** / neuplatňujem** aj z iného nemocenského poistenia.

V prípade, ak si chce poistenec uplatniť nárok na materské z viacerých nemocenských poistení, z každého nemocenského poistenia musí podať osobitnú žiadosť.

Materské žiadam vyplatiť**

na účet vo formáte (IBAN)

Doplňujúce údaje (iba pri zahraničnom účte, inak nevyplňať)

SWIFT kód banky

Úplný názov banky

Adresa banky (ulica, číslo, PSČ, mesto a štát)

v hotovosti na adresu (ulica, číslo, PSČ, mesto)

Dávka sa poukazuje na účet v banke alebo pobočke zahraničnej banky uvedený v žiadosti alebo v hotovosti na adresu uvedenú v žiadosti. Ak nie je uvedené v žiadosti číslo účtu alebo adresa výplaty dávky, Sociálna poisťovňa vyplatí dávku na adresu trvalého pobytu poistenca prostredníctvom Slovenskej pošty, a. s.

Súhlasím, aby boli moje osobné údaje spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne. Ak bude dávka vyplatená na adresu, súhlasím, aby Sociálna poisťovňa poskytovala Slovenskej pošte, a. s., moje osobné údaje. Som si vedomý, že som povinný preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku na dávku, nároku na jej výplatu a sumu.

Svojím podpisom potvrdzujem úplnosť a pravdivosť údajov.

(Bez podpisu poistenca a bez uvedenia dňa, od ktorého si uplatňuje nárok na materské, bude konanie o materskom prerušené!)

Dátum

Podpis poistenca

**Vyhovujúce označte x.