

**Potvrdenie zamestnávateľa o zamestnancovi na účely uplatnenia nároku na nemocenskú dávku**
**Údaje o zamestnancovi**

Meno ....., priezvisko .....  
Dátum narodenia ....., rodné číslo.....

Názov, adresa a IČZ zamestnávateľa .....  
.....

1. Vznik pracovného pomeru / právneho vzťahu zakladajúceho nemocenské poistenie dňa ....., skončenie pracovného pomeru / právneho vzťahu zakladajúceho nemocenské poistenie dňa .....

2. Zamestnanec naposledy pracoval dňa .....

3. Prerušenie povinného nemocenského poistenia (uviesť všetky prerušenia od začiatku rozhodujúceho obdobia na zistenie denného vymeriavacieho základu do dňa predchádzajúceho vzniku dôvodu na poskytnutie nemocenskej dávky)

od ..... do ..... dôvod .....

od ..... do ..... dôvod .....

od ..... do ..... dôvod .....

od ..... do ..... dôvod .....

4. Zamestnanec vykonáva prácu na území SR\*, mimo územia SR\*, na území SR aj mimo územia SR\*

Pobočke Sociálnej poisťovne bola\*, nebola\* podaná žiadosť o vystavenie formulára PD A1

5. Zamestnancovi sa v rozhodujúcom období na zistenie denného vymeriavacieho základu (RO), **vyplácalo rehabilitačné** alebo **rekvalifikačné**, mal ospravedlnenú neprítomnosť v práci z dôvodu **účasti na štrajku** v týchto obdobiach (uviesť obdobie a vyhovujúcu skutočnosť)

.....  
.....  
.....

**6. Vymeriavacie základy, z ktorých zamestnanec zaplatil poistné na nemocenské poistenie (VZ) v RO**

VZ v RO			
Mesiac/rok	Suma VZ	Mesiac/rok	Suma VZ
Január/		Január/	
Február/		Február/	
Marec/		Marec/	
Apríl/		Apríl/	
Máj/		Máj/	
Jún/		Jún/	
Júl/		Júl/	
August/		August/	
September/		September/	
Október/		Október/	
November/		November/	
December/		December/	
<b>Spolu</b>			

7. **Vymeriavací základ, z ktorého by sa platilo poistné** na nemocenské poistenie za kalendárny mesiac, v ktorom vznikol dôvod na poskytnutie nemocenskej dávky (zamestnávateľ nie je povinný vyplňať; v prípade potreby požiada pobočka Sociálnej poisťovne zamestnávateľa o uvedenie predpokladaného príjmu zamestnanca)

.....

8. Meno a priezvisko zamestnanca, ktorý údaje vyplnil a telefonický, faxový alebo mailový kontakt

.....

**Vyhlasujem, že údaje uvedené v tomto potvrdení zodpovedajú skutočnosti a zhodujú sa s údajmi uvedenými v evidencii o zamestnancovi.**

Dátum, odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa .....

\* nehodiace sa prečiarknite

## **Poučenie**

Podľa § 231 ods. 1 písm. i) druhý bod zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov zamestnávateľ je povinný viesť o svojich zamestnancoch evidenciu na účely sociálneho poistenia a predložiť túto evidenciu Sociálnej poisťovni do ôsmich dní od uplatnenia nároku na dávku zamestnanca alebo odo dňa doručenia výzvy Sociálnej poisťovne na predloženie tejto evidencie.

V zmysle § 237 ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov, ak zamestnávateľ nesprávne potvrdil skutočnosti rozhodujúce na nárok na nemocenskú dávku, nárok na jej výplatu alebo jej sumu a v dôsledku toho sa nemocenská dávka poskytla neprávom alebo vo vyššej sume ako patrila, je povinný nahradiť neprávom vyplatené sumy, ak sú vyššie ako 5 eur.