Príloha č. 1

**Oznámenie o dočasnej pracovnej neschopnosti – Pandemické ochorenie Covid – 19**

**Bez odovzdania tohto dokladu bude neprítomnosť v práci považovaná za neospravedlnenú absenciu**

**Poistenec, ktorý si uplatňuje nárok na náhradu príjmu a počas karantény v súvislosti s pandemickým ochorením Covid – 19**

Meno, priezvisko: .......................................................................................................................

Dátum narodenia: .............................................Rodné číslo: ........................................

Adresa: .....................................................................................................................................

Telefónne číslo (voliteľné): ...................................................................................................

e-mail (voliteľné): ......................................................................................................

**Poistný vzťah**, z ktorého si uplatňujem nárok na nemocenské(ak z viacerých poistení, uviesť všetky):

* Zamestnanec .................................................................................................................

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

 (uviesť názov zamestnávateľa/ľov)

Nahlásenie ochorenia ošetrujúcemu lekárovi dňa: ...................................................................................................................................................

Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára: ...................................................................................................................................................

Adresa ošetrujúceho lekára: ...................................................................................................................................................

**Nárok na náhradu príjmu si uplatňujem od ......................................., z dôvodu**

**pandemického ochorenia COVID**

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

 Dátum Podpis poistenca\*

\* pri zaslaní žiadosti e-mailom podpis poistenca nie je potrebný

FORM OS-03-04/01

Príloha č. 2

**Čestné vyhlásenie o trvaní dočasnej pracovnej neschopnosti**

**(predkladá sa ak pracovná neschopnosť trvá k poslednému dňu v mesiaci a ďalej pokračuje)**

**Bez odovzdania tohto dokladu bude neprítomnosť v práci považovaná za neospravedlnenú absenciu**

**Poistenec, ktorý si uplatňuje nárok na náhradu príjmu a počas karantény v súvislosti s pandemickým ochorením Covid – 19**

Meno, priezvisko: .......................................................................................................................

Dátum narodenia: .............................................Rodné číslo: ........................................

Adresa: .....................................................................................................................................

Telefónne číslo (voliteľné): ........................................................................................................

e-mail (voliteľné): .......................................................................................................................

čestne vyhlasuje, že je ku dňu .................................................................... v súvislosti

s COVID 19 dočasne práceneschopný. Taktiež vyhlasuje, že si je vedomý povinnosti oznámiť ihneď všetky skutočnosti rozhodujúce pre vznik, trvanie a zánik práceneschopnosti zamestnávateľovi, najdlhšie však do troch dní odo dňa skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti.

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

 Dátum Podpis poistenca\*

\* pri zaslaní žiadosti e-mailom podpis poistenca nie je potrebný

FORM OS-03-05/01