**ŽIADOSŤ O USTANOVENIE OSOBITNÉHO PRÍJEMCU PRE PREBERANIE DÁVKY VÝSLUHOVÉHO ZABEZPEČENIA**

**Oprávnený poberateľ dávky výsluhového zabezpečenia:**

Meno a priezvisko: ..............................................................

Dátum narodenia: ..............................................................

Rodné číslo: ..............................................................

Trvalý pobyt: ..............................................................

**Osobitný príjemca:**

Meno a priezvisko: .............................................................

Dátum narodenia: .............................................................

Rodné číslo: .............................................................

Trvalý pobyt: .............................................................

Druh dávky výsluhového zabezpečenia: ......................................................................................

Uviesť dôvod, pre ktorý oprávnený poberateľ nie je schopný poberať dávku výsluhového zabezpečenia /ďalej len „dávka“/:

V ............................... dňa .......................... ............................................

 podpis žiadateľa

**Vyjadrenie ošetrujúceho lekára** s uvedením dôvodov, resp. predloženie lekárskej správy, pre ktoré oprávnený poberateľ je alebo nie je schopný poberať dávku.

V ............................ dňa ........................... ................................................

 pečiatka a podpis

Oprávnený poberateľ: ...................................................................................................................

dátum narodenia: .................................... rodné číslo: ..............................................................

súhlasím – nesúhlasím, aby moju dávku preberal/a:

meno a priezvisko .......................................................... rodné číslo: .......................................

bytom: .........................................................................................................................................

Ide o osobu príbuznú: áno – nie

 ............................................... vlastnoručný podpis

Pri podpise prítomní svedkovia:

Meno a priezvisko: .........................................................

Rodné číslo: .........................................................

Podpis: .........................................................

Meno a priezvisko: .........................................................

Rodné číslo: .........................................................

Podpis: .........................................................

V prípade, že sa poberateľ dávky nemôže podpísať, je potrebné osvedčiť uvedenú skutočnosť ošetrujúcim lekárom.

### ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Určený príjemca pre preberanie dávky výsluhového zabezpečenia:

Meno a priezvisko: ...................................................................................................................

Rodné číslo: ............................................. číslo OP ......................................................

Bydlisko: ...................................................................................................................

Zamestnávateľ: ...................................................................................................................

budem poberať dávku výsluhového zabezpečenia (ďalej len „dávka“) pre

Meno a priezvisko: ...................................................................................................................

Rodné číslo: ............................................. číslo OP ......................................................

Bydlisko: ...................................................................................................................

z dôvodov: ..................................................................................................................................

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

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

 Vyhlasujem na svoju česť a zaväzujem sa, že dávku budem používať v prospech oprávneného poberateľa.

 Som si vedomý/á právnych následkov nepravdivého čestného vyhlásenia, t.j. možnosti postihu.

V ...................................... dňa ...............................

Meno a priezvisko osobitného príjemcu: .................................................................

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

 podpis

**Toto čestné vyhlásenie a podpis na ňom sa overuje.**

O právnych následkoch nepravdivého čestného vyhlásenia bol/a menovaný/á osobitný príjemca poučený/á podľa ustanovenia § 39 ods. 3 zák. č. 71/1961 Zb. o správnom konaní.

Overil z OP/ID č.: ...........................................

Dňa: ...............................................

Meno a priezvisko overovateľa: .................................................................................................

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

 podpis a pečiatka overovateľa