**ŽIADOSŤ O URČENIE OSOBITNÉHO PRÍJEMCU**

podľa zákona č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

na preberanie dávky sociálneho zabezpečenia (uvedie sa názov dávky):.......................................................................

**A.** OSOBNÉ ÚDAJE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POBERATEĽ DÁVKY** | **OSOBITNÝ PRÍJEMCA** |
| **titul, meno, priezvisko** |  |  |
| **dátum narodenia** |  |  |
| **rodné číslo** |  |  |
| **adresa trvalého pobytu \*** |  |  |
| **adresa prechodného pobytu \*** |  |  |
| **adresa na doručovanie písomností - ak je iná ako adresa trvalého/prechodného pobytu \*** |  |  |
| **telefónne číslo** |  |  |
| **e-mail** |  |  |

**\***adresa sa uvádza v tvare: ulica, orientačné číslo, PSČ, obec, doručovacia pošta – ak je iná ako obec

**B.** VYPLNÍ POBERATEĽ DÁVKY IBA V PRÍPADE, AK JE NA TO SPÔSOBILÝ A NEBOL POZBAVENÝ SPÔSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY

|  |
| --- |
| Súhlasím s určením osobitného príjemcu uvedeného v časti A na preberanie mne priznanej dávky sociálneho zabezpečenia.  ........................................................... ........................................................  osvedčený podpis poberateľa dávky\* pečiatka a podpis osvedčovacieho úradu |

**\***osvedčenie podpisu vykonáva obvodný úrad alebo obec podľa zákona č. 599/2001 Z. z. o osvedčovaní listín a podpisov na listinách okresnými úradmi a obcami, alebo notár podľa zákona č. 323/1992 Zb. o notároch a notárskej činnosti

**C:** VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR IBA V PRÍPADE, AK POBERATEĽ DÁVKY NIE JE SPÔSOBILÝ NA VYPLNENIE ČASTI **A.** A **B.** ZO ZDRAVOTNÝCH DÔVODOV

|  |
| --- |
| Potvrdzujem, že zdravotný stav poberateľa dávky mu neumožňuje vyjadriť písomný súhlas s určením osobitného príjemcu.  dňa ................................. ..............................................  pečiatka a podpis  ošetrujúceho lekára |

**D:** VYPLNÍ SVEDOK IBA V PRÍPADE, AK NIE JE MOŽNÉ ZABEZPEČIŤ OSVEDČENIE PODPISU POBERATEĽA DÁVKY V ČASTI **B.** (**svedok nemôže byť osobitný príjemca**)

|  |
| --- |
| Potvrdzujem, že poberateľ dávky súhlasí s určením osobitného príjemcu uvedeného v časti A na preberanie jemu priznanej dávky sociálneho zabezpečenia.  osobné údaje svedka:  meno ...............................................  priezvisko .......................................  dátum narodenia ............................  adresa trvalého pobytu ....................................................................................................................  ..........................................................................................................................................................  Poskytujem súhlas podľa § 14 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov so spracúvaním svojich osobných údajov Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia, Špitálska 22, 812 74 Bratislava, na účely priznania a vyplácania dávky podľa zákona č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov alebo zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, a to v rozsahu titul, meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, číslo dokladu totožnosti a adresa trvalého pobytu, na dobu potrebnú na archivovanie dávkového spisu podľa zákona č. 395/2002 Z. z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.  ........................................................... ........................................................  osvedčený podpis svedka\* pečiatka a podpis osvedčovacieho úradu |

**\***osvedčenie podpisu vykonáva obvodný úrad alebo obec podľa zákona č. 599/2001 Z. z. o osvedčovaní listín a podpisov na listinách okresnými úradmi a obcami, alebo notár podľa zákona č. 323/1992 Zb. o notároch a notárskej činnosti

**E:** VYPLNÍ OSOBITNÝ PRÍJEMCA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Súhlasím, aby som bol určený za osobitného príjemcu na preberanie dávky sociálneho zabezpečenia poberateľa dávky.  Vojenský úrad sociálneho zabezpečenia ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje žiadateľa a všetkých osôb, ktoré sú uvedené v žiadosti, v zmysle § 13 ods. 1 písm. c) a § 16 ods. 2 písm. i) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Osobitným predpisom, na základe ktorého si prevádzkovateľ plní zákonnú povinnosť je zákon č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.  Informácie poskytované dotknutej osobe v zmysle § 19 a 20 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov sú uverejnené aj na [www.vusz.sk](http://www.vusz.sk) v časti Ochrana osobných údajov / Informačná povinnosť prevádzkovateľa.  V prípade uplatnenia niektorých z práv dotknutej osoby podľa právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov je žiadosť možné zaslať e-mailom na adresu: [zodpovedna\_osoba@vusz.sk](mailto:zodpovedna_osoba@vusz.sk), alebo písomne na korešpondenčnú adresu: Vojenský úrad sociálneho zabezpečenia, Špitálska 22, 812 74 Bratislava.  Vyhlasujem, že som pravdivo uviedol všetky požadované údaje a nezamlčal som žiadnu skutočnosť rozhodujúcu na preberanie dávky. Som si vedomý, že úmyselné uvedenie nesprávnych alebo neúplných údajov zakladá skutkovú podstatu priestupku podľa zákona č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov.  Som si vedomý, že dávku sociálneho zabezpečenia môžem používať iba v prospech poberateľa dávky.  Som si vedomý, že som povinný oznámiť Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia všetky skutočnosti, ktoré majú vplyv na vznik, trvanie, prerušenie alebo zánik sociálneho zabezpečenia.  Vyhlasujem, že som bol oboznámený s povinnosťou vrátiť neoprávnene prijatú dávku sociálneho zabezpečenia.  Dávku sociálneho zabezpečenia žiadam vyplácať \*:  poštovou poukážkou na adresu:................................................................................  ...........................................................................................................................................  na osobný účet v tvare IBAN (je potrebné pripojiť tlačivo „Žiadosť o poukazovanie dávok sociálneho zabezpečenia na osobný účet“ potvrdené bankou nachádzajúce sa na www.vusz.sk):   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   V ................................................... dňa ................................  ................................................  vlastnoručný podpis osobitného príjemcu |

\*zvolený spôsob vyplácania dávky sociálneho zabezpečenia označiť krížikom

**U P O Z O R N E N I E:**

Žiadosť je možné podať **osobne** na Vojenskom úrade sociálneho zabezpečenia, **Špitálska 22, 812 74 Bratislava,** alebo **zaslať** na adresu: Vojenský úrad sociálneho zabezpečenia, **Špitálska 22, 812 74 Bratislava**.