

Číslo poistnej udalosti: \_\_\_\_\_  
(vyplní Sociálna poisťovňa)

**Žiadosť o priznanie náhrady nákladov spojených s liečením**  
(§ 100 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov)

Pracovný úraz (PÚ) zo dňa \_\_\_\_\_

Choroba z povolania (ChzP) zistená dňa \_\_\_\_\_

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| <b>1.</b> | <b>Žiadateľ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                     |
| 1.1       | Priezvisko, meno, titul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Rodné priezvisko   | Telefonický kontakt |
| 1.2       | Rodné číslo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Štátna príslušnosť |                     |
| 1.3       | Trvalé bydlisko – ulica, číslo, obec, PSČ, okres<br><br>Prechodné bydlisko - ulica, číslo, obec, PSČ, okres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                     |
| 1.4       | Dávku žiadam poukazovať*<br><br><b>1.</b> <input type="checkbox"/> <b>na účet-</b> číslo účtu v tvare IBAN<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <b>2.</b> <input type="checkbox"/> <b>v hotovosti poštovým poukazom</b> na výplatu na adresu: |                    |                     |
| 1.5       | Ku dňu podania žiadosti poberáte dôchodok <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> starobný <input type="checkbox"/> z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov v sume .....<br><input type="checkbox"/> invalidný <input type="checkbox"/> invalidný výsluhový v sume .....                                                                                                                                                  |                    |                     |
| 1.6       | Ste držiteľom preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                     |

|           |                                            |     |
|-----------|--------------------------------------------|-----|
| <b>2.</b> | <b>Zamestnávateľ zodpovedný za PÚ/ChzP</b> |     |
| 2.1       | Názov a právna forma                       | IČO |
| 2.2       | Adresa                                     |     |

|           |                                                                      |                                                           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>3.</b> | <b>Pracovný úraz pri dopravnej nehode</b>                            | áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| 3.1       | Utrpený pracovný úraz pri dopravnej nehode zavinenej treťou osobou** | áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| 3.2       | Uplatnený nárok na náhradu škody na zdraví v komerčnej poisťovni**   | áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| 3.3       | Názov komerčnej poisťovne**:                                         |                                                           |
| 3.4       | Odškodnený komerčnou poisťovňou dňa**:                               | v sume                                                    |

**Prílohy:** Doklady o vynaložených nákladoch spojených s liečením ☐

**Vysvetlivky:**

☐ hodiať sa označte "x"

\* vybrať si jednu z možností

\*\* vyplniť, ak je v bode 3 označená kolónka „áno“

náhrada škody na zdraví z povinného zmluvného poistenia vinníka dopravnej nehody a jeho zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

**Vyhlasenie**

- Vyhlasujem, že som nezatajil(a) žiadnu rozhodujúcu skutočnosť na vznik nároku, priznanie a výplatu dávky. Som si vedomý(á) právnych následkov nepravdivého vyhlásenia.
- 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.

**Poučenie**

Dávka sa poukazuje na účet v banke alebo v 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 poberateľa dávky prostredníctvom Slovenskej pošty, a.s. Ak poberateľ dávky požiada o zmenu spôsobu výplaty dávky, Sociálna poisťovňa ju zmení podľa žiadosti poberateľa dávky.

Poučeniu som porozumel a svojim podpisom potvrdzujem pravdivosť uvedených údajov (bez podpisu bude konanie o dávke zastavené).

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis žiadateľa