

Číslo poistnej udalosti: _____
(vyplní Sociálna poisťovňa)

Žiadosť o priznanie náhrady za bolesť
(§ 99 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov)

Pracovný úraz (PÚ) zo dňa _____ Choroba z povolania (ChzP) zistená dňa _____

| | | | |
|-----------|--|--------------------|---------------------|
| 1. | Žiadateľ | | |
| 1.1 | Meno, priezvisko, titul | Rodné priezvisko | Telefonický kontakt |
| 1.2 | Rodné číslo | Štátna príslušnosť | |
| 1.3 | Trvalé bydlisko – ulica, číslo, obec, PSČ, okres | | |
| | Prechodné bydlisko – ulica, číslo, obec, PSČ, okres | | |
| 1.4 | Dávku žiadam poukazovať* | | |
| | 1. <input type="checkbox"/> na účet- číslo účtu v tvare IBAN | | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | 2. <input type="checkbox"/> v hotovosti poštovým poukazom na výplatu na adresu: | | |

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

V y h l á s e n i e

- 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.

P o u č e n i e

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).

P r í l o h y :

Lekársky posudok o bolestnom a o sťažení spoločenského uplatnenia (príloha povinná)

Prepúšťacie lekárske správy z hospitalizácie v súvislosti s PÚ alebo ChzP

Lekárske správy z odborných vyšetrení súvisiace s PÚ alebo ChzP

**
 **

Dňa: _____

_____ podpis žiadateľa

Vysvetlivky:

hodiace sa označte "x"

* vybrať si jednu z možností

** predložiť k žiadosti v prípade, že sú k dispozícii