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.**  **na účet-** číslo účtu v tvare IBAN    **2.**  **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**

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