

Číslo poistnej udalosti: _____
(vyplní Sociálna poisťovňa)

Žiadosť o poskytnutie rekvalifikácie
(§ 97 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení)

Pracovný úraz (PÚ) zo dňa _____

Choroba z povolania (ChzP) zistená dňa _____

1.	Žiadateľ		
1.1	Priezvisko, meno, 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	Doterajšie povolanie		
1.5	Ukončené vzdelanie		
1.6	Žiadam o rekvalifikáciu na:		
1.7	Dávku žiadam poukazovať 1. ☐ na účet* Číslo účtu v tvare IBAN 2. ☐ v hotovosti poštovým poukazom na výplatu na adresu*:		
1.8	Poberám: invalidný dôchodok ☐ predčasný starobný dôchodok ☐ úrazový rentu ☐ starobný dôchodok ☐		
2.	Zamestnávateľ zodpovedný za PÚ/ChzP		
2.1	Názov a právna forma	IČO	
2.2	Adresa		

Vyhlásenie

- 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

☐ hodiace sa označte "x"

* vybrať si jednu z možností

** uviesť v prípade, že žiadateľ o dávku nedisponuje číslom účtu v tvare IBAN