

Číslo poistnej udalosti: _____
(vyplní Sociálna poisťovňa)

Žiadosť o priznanie náhrady nákladov spojených s pohrebom (§ 101 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	Vzťah k zomretému	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.	Poškodený (zomretý)		
2.1	Priezvisko, meno, titul	Rodné priezvisko	
2.2	Dátum narodenia	Rodné číslo	Štátna príslušnosť
			Dátum úmrtia
3.	Zamestnávateľ poškodeného (zomretého) zodpovedný za PÚ/ChzP		
3.1	Názov a právna forma	IČO	
3.2	Adresa		

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 uvedená 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.

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

P r í l o h y : Potvrdenia o vynaložených nákladoch spojených s pohrebom ☐

Dňa: _____

podpis žiadateľa

Vysvetlivky:

☐ hodiace sa označte "x"

* vybrať si jednu z možností