

Číslo poistnej udalosti: _____
(vyplní Sociálna poisťovňa)

**Žiadosť o priznanie jednorazového odškodnenia
(§ 94 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	Počet nezaopatrených detí		
1.5	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 a meno		
2.2	Rodné číslo	Rodinný stav	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 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

Vysvetlivky:

- ☐ hodiace sa označte "x"
* vybrať si jednu z možností