



	Číslo poistnej udalosti:
Dátum spísania žiadosti	Dátum doručenia do Sociálnej poisťovne, pobočka

**Žiadosť o priznanie náhrady za bolesť* a náhrady za sťaženie
spoločenského uplatnenia ***
(§ 99 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení zákona č. 439/2004 Z. z.)

1.	Žiadateľ	
1.1	Meno, priezvisko, titul	
1.2	Rodné číslo	Štátna príslušnosť
1.3	Bydlisko	
	Ulica	Číslo
	Mesto	PSČ
1.4	Dávku žiadam poukazovať na účet – číslo / kód banky* v hotovosti, na adresu*	

2.	Zamestnávateľ
2.1	Názov (právna forma)
2.2	Adresa
2.3	IČO

V y h l á s e n i e

Vyhlasujem, že som nezatajil(a) žiadnu rozhodujúcu skutočnosť na vznik nároku na náhradu za bolesť* a na náhradu za sťaženie spoločenského uplatnenia* a na jej výplatu.

podpis žiadateľa

Prílohy: ▪ Lekársky posudok o bolestnom a o sťažení spoločenského uplatnenia

odtlačok pečiatky pobočky Sociálnej poisťovne
a podpis zodpovedného zamestnanca
(ktorý žiadosť prevzal)

* vybrať si jednu z možností