

Číslo poisťnej udalosti:

Dátum spísania žiadosti v pobočke Sociálnej poisťovne	Doručené SP, pobočka	Doručené SP, ústredie
---	----------------------	-----------------------

**Žiadosť o prehodnotenie úrazovej renty z dôvodu zmeny poklesu
pracovnej schopnosti**
(§ 89 ods. 4 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení)

pracovný úraz

choroba z povolania

1.	Žiadateľ		
1.1	Priezvisko, meno, titul	Rodné priezvisko	Telefonický kontakt
1.2	Rodné číslo	Rodinný stav	Štátna príslušnosť
1.3	Trvalé bydlisko – ulica, číslo, obec, PSČ, okres		
	Prechodné bydlisko – ulica, číslo, obec, PSČ, okres		
1.4	V súčasnosti poberaná úrazová renta podľa § 88 s poklesom pracovnej schopnosti od		%
1.5	Poberá dôchodok: invalidný <input type="checkbox"/> starobný <input type="checkbox"/> predčasný starobný dôchodok <input type="checkbox"/> vdovský/vdovecký <input type="checkbox"/> sirotský <input type="checkbox"/>		
1.6	Úrazovú rentu žiadam poukazovať: na účet – číslo/kód banky* Vzťah k majiteľovi účtu ¹ v hotovosti poštovým poukazom na výplatu na adresu:*		

2.	Zamestnávateľ zodpovedný za PÚ/ChzP
2.1	Názov a právna forma
2.2	Adresa
2.3	IČO

V y h l á s e n i e

Vyhlasujem, že som nezatajil(a) žiadnu skutočnosť rozhodujúcu na vznik nároku, priznanie a výplatu úrazovej renty. Vyhlasujem, že poberám/nepoobrám* dávku v hmotnej núdzi a príplatky k dávke v hmotnej núdzi. Som si vedomý právnych následkov nepravdivého vyhlásenia.

podpis žiadateľa

P r í l o h a : Zdravotná dokumentácia súvisiaca so zhoršením zdravotného stavu v súvislosti s pracovným úrazom alebo chorobou z povolania

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

¹ V prípade, že poberateľ úrazovej renty (ÚR) nie je majiteľom uvedeného účtu, uvedie vzťah poberateľa ÚR k majiteľovi uvedeného účtu (§ 117 ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov).