

Oznámenie poistnej udalosti

k úrazovému poisteniu podľa § 231 ods. 1 písm. h) až j) zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

Poistná udalosť[[1]](#footnote-1): pracovný úraz □

 choroba z povolania □

|  |
| --- |
| 1. IČO/RČ zodpovedného zamestnávateľa: ............................ ŠKEČ (SK NACE Rev.2;): ................................
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: ...................................................................................
3. Evidenciu miezd vedie zodpovedný zamestnávateľ: ÁNO – NIE\*\* .................................................................
4. Adresa miesta útvaru zodpovedného zamestnávateľa, ktorý vedie evidenciu miezd, ak nie je totožné s adresou jeho sídla...........................................................................................................................................
 |
| 1. Dátum vzniku poistnej udalosti (ĎALEJ LEN „pu")

v dôsledku pracovného úrazu - dátum vzniku pracovného úrazu: dňa .......................... o .................. hod. v dôsledku choroby z povolania - dátum zistenia choroby z povolania: dňa .................................................1. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska): ................................................

.........................................................................................................................................................................1. **Poškodený zamestnanec**: meno, priezvisko, titul: .........................................................................................

IČPV (identifikačné číslo poistného vzťahu): .................................................................................................adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres: ...................................................................................................... ............................................................................................................................................................................1. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: ...............................................................................................
2. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona: ...........................................
3. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: ..................................................................................
4. Poškodený zamestnanec má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca podľa zákona č. 462/2003 Z. z. o náhrade príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ÁNO-NIE\*\*):

...........................................................................................................................................................................1. PODROBNÝ POPIS VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI (u choroby z povolania uveďte faktory pracovného prostredia, ktoré mali za následok vznik choroby z povolania a predchádzajúcich zamestnávateľov, u ktorých poškodený pracoval za podmienok, z ktorých vzniká choroba z povolania, ktorou bol postihnutý popr. uveďte v prílohe oznámenia):
 |
| 1. Ak bola poistná udalosť spôsobená úmyselne, uveďte kým: .........................................................................
2. Ak bola poistná udalosť spôsobená pod vplyvom alkoholu, omamných látok alebo psychotropných látok, uveďte kto konal pod ich vplyvom a ako bolo preukázané, že táto osoba konala pod vplyvom týchto látok:

.........................................................................................................................................................................1. Ak boli v príčinnej súvislosti so vznikom poistnej udalosti porušené právne predpisy alebo ostatné predpisy, či pokyny na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, uveďte kým a bližšie špecifikujte porušený predpis: .............................................................................................................................................
2. Ak bola poistná udalosť spôsobená zavineným porušením pracovných povinností v pracovno-právnych vzťahoch, uveďte kým, bližšie špecifikujte porušenie a pripojte k oznámeniu zápisnicu škodovej komisie:

.........................................................................................................................................................................1. Uveďte, ktorý orgán pracovný úraz vyšetroval (príslušný inšpektorát práce, polícia, atď.): .............................

.......................................................................................................................................................................... |
| 1. POŠKODENIE ZDRAVIA
* bolo spôsobené úrazom uznaným ako pracovný úraz podľa zákona: ÁNO – NIE\*\* ..............................
* druh poranenia (spôsobeného úrazom): ................................................................................................
* ak poškodený zomrel na následky úrazu, uveďte dátum úmrtia: ............................................................
* bolo spôsobené chorobou z povolania, uveďte akou: ............................................................................
 |
|  |
| 1. SPOLUZODPOVEDNOSŤ POŠKODENÉHO NA VZNIKU ŠKODY

Miera zavinenia poškodeného vyjadrená v %: ................................................................................................Dôvod zbavenia sa zodpovednosti podľa zákona č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce: ........................................................................................................................................................................Porušený právny predpis, predpis alebo pokyn na zaistenie BOZP: ....................................................................................................................................................................................................................................Pripojte zápis škodovej komisie alebo zápis z prejednania rozsahu zodpovednosti zamestnávateľa za škodu a doklady preukazujúce oboznámenie poškodeného s príslušnými bezpečnostnými predpismi a pokynmi na zaistenie BOZP. |
| 1. Ak bol podaný návrh na prejednanie sporov o nárokoch pred súdom, uveďte príslušný súd a priložte návrh a stručnú informáciu o stave konania: ..................................................................................................
2. Ak sa súdne konanie skončilo, pripojte rozhodnutie a uveďte, či ste poškodenému podľa tohto rozhodnutia náhradu vyplatili, v akej sume a kedy: ............................................................................................................
 |

Vybavuje:

Telefón a e-mail zodpovedného zamestnávateľa:

Podpísaný poistený (zodpovedný zamestnávateľ) vyhlasuje, že všetky uvedené skutočnosti sú pravdivé, nič nezamlčal a je si vedomý právnych následkov v prípade nesprávne uvedených údajov (§ 237 ods. 1 zákona).

V ......................................... dňa ....................... 20.......

 .......................................................................................

 meno a podpis štatutárneho zástupcu zodpovedného zamestnávateľa

 a odtlačok pečiatky (poistený)

\*\*Nehodiace sa prečiarknite

1. Hodiace sa označte „x“

\*\*Nehodiace sa prečiarknite [↑](#footnote-ref-1)