

## Oznámenie poistnej udalosti

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

Poistná udalosť<sup>1</sup>: pracovný úraz   
choroba z povolania

1. IČO/RČ zodpovedného zamestnávateľa: ..... ŠKEČ (SK NACE Rev.2; uveďte z výkazu poistného): .....
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.....
5. 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 .....
6. Miesto vzniku PU (obec, ulica, okres, prípadne označenie pracoviska): .....
7. Poškodený zamestnanec (meno, priezvisko, adresa bydliska): .....
8. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: .....
9. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona.....
10. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: .....
11. Poškodený zamestnanec má nárok na výplatu náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti podľa zákona č. 462/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov (ÁNO-NIE): .....
12. 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):

<sup>1</sup> hodiace sa označte „x“

13. Ak bola škoda spôsobená úmyselne, uveďte kým: .....
14. Ak bola škoda 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: .....
15. Ak boli v príčinnej súvislosti so vznikom škody porušené právne predpisy alebo ostatné predpisy, či pokyny na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, uveďte kým a bližšie špecifikujte porušený predpis: .....
16. Ak bola škoda spôsobená zavineným porušením pracovných povinností v pracovno-právnych vzťahoch, uveďte kým, bližšie špecifikujte porušenie a pripojte k oznámeniu zápisnicu škodovej komisie: .....
17. Uveďte, ktorý orgán pracovný úraz vyšetroval (príslušný inšpektorát práce, polícia atď.): .....
18. POŠKODENIE ZDRAVIA
- bolo spôsobené úrazom uznaným ako pracovný úraz podľa zákona (ÁNO - NIE): .....
  - poranenie spôsobeného úrazom: .....
  - ak poškodený zomrel na následky úrazu, uveďte dátum úmrtia: .....
  - bolo spôsobené chorobou z povolania, uveďte akou: .....
19. DENNÝ VYMERIAVACÍ ZÁKLAD (DVZ) POŠKODENÉHO (ZAKRÚHLENÝ NA ŠTYRI DESATINNÉ MIESTA NAHOR) – PODĽA ROZHODUJÚCEHO OBDOBIA SA UVEDÚ NASLEDUJÚCE ÚDAJE<sup>2</sup>:
- ak rozhodujúce obdobie patrí do obdobia po 31.12.2008 - podľa § 84 zákona v znení neskorších predpisov je DVZ ..... EUR, ktorý bol určený z úhrnej sumy vymeriavacích základov ..... EUR dosiahnutých v rozhodujúcom období od ..... do ..... a počtu kalendárnych dní rozhodujúceho obdobia .....
  - ak rozhodujúce obdobie patrí do obdobia do 31.12.2008 – podľa § 84 zákona v znení neskorších predpisov je DVZ ..... Sk, ktorý bol určený z úhrnej sumy vymeriavacích základov ..... Sk dosiahnutých v rozhodujúcom období od ..... do ..... a počtu kalendárnych dní rozhodujúceho obdobia .....
20. SPOLUZODPOVEDNOSŤ POŠKODENÉHO NA VZNIKU ŠKODY
- Miera zavinenia poškodeného vyjadrená v %.....
- Dôvod zbavenia sa zodpovednosti podľa Zákonníka práce:.....
- Porušený právny predpis, predpis alebo pokyn na zaistenie BOZP:.....
- Pripojte zápis škodovej komisie alebo zápis z prejednávania rozsahu zodpovednosti zamestnávateľa za škodu a doklady preukazujúce oboznámenie poškodeného s príslušnými bezpečnostnými predpismi a pokynmi na zaistenie BOZP.
21. Ak bol podaný návrh na prejednanie sporov o nárokoch pred súdom, uveďte príslušný súd a priložte návrh a stručnú informáciu o stave konania: .....
22. Ak sa súdne konanie skončilo, pripojte rozhodnutie a uveďte, či ste poškodenému podľa tohto rozhodnutia náhradu vyplatili, v akej sume a kedy: .....

Vybavuje:

Telefón 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 znení neskorších predpisov).

V ..... dňa ..... 20....

.....  
meno a podpis štatutárneho zástupcu zodpovedného zamestnávateľa  
a odtlačok pečiatky (poistený)

<sup>2</sup> vyberte jednu z nasledujúcich odrážok a doplňte požadované údaje