

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* ☒ pracovný úraz ☒
choroba z povolania ☐

1. IČO/RČ zodpovedného zamestnávateľa: 36369365 ŠKEČ (SK NACE Rev.2.): 46900
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: TOMIRTECH, s. r. o. Demänovská 867, 031 06 LM
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 09.06.2025 o 12:00 hod.
v dôsledku choroby z povolania - dátum zistenia choroby z povolania: dňa
6. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska):
- SKLAD, TOMIRTECH, S.R.O., DEMÄNOVSKÁ 867, 031 06 LIPT. MIKULÁŠ
7. Poškodený zamestnanec: meno, priezvisko, titul: DUŠAN KONEČNÝ
- adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres:
- NÁBREŽIE A. STODOLU 1567/1, 031 01 LM
8. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: 12.04.1965
9. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona: 650412/6937
10. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: SKLADNÍK, BALIČ TOVARU
11. Poškodený zamestnanec má nárok na výplatu náhrady 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~~**):
.....
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):

PRI REZÁNÍ KARTÓNU NA BALENIE SDS SA POREZAL NA UKAZOVÁKU ĽAVEJ RUKY OREZÁVACÍM NOŽÍKOM.

* Hodiace sa označte „X“

**Nehodiace sa prečiarknite

13. Ak bola poistná udalosť spôsobená úmyselne, uveďte kým: NEBOLA SPÔSOBENÁ ÚMYSELNE
14. 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: NEBOLA SPÔSOBENÁ POD VPLYVOM ALKOHOLU
15. 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: NEBOLI PORUŠENÉ PRÁVNE PREDPISY A OSTATNÉ PREDPISY NA ZAISTENIE BOZP
16. 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: NEBOLI PORUŠENÉ PRACOVNÉ POVINNOSTI ANI PRACOVNO-PRÁVNE VZŤAHY
17. Uveďte, ktorý orgán pracovný úraz vyšetroval (príslušný inšpektorát práce, polícia, atď.): BTS - GAJOS, s.r.o.
18. POŠKODENIE ZDRAVIA
- bolo spôsobené úrazom uznaným ako pracovný úraz podľa zákona: ÁNO –~~NE~~**
 - druh poranenia (spôsobeného úrazom): OTVORENÁ RANA 2. PRSTA ĽAVEJ RUKY BEZ POŠKODENIA NECHTA
 - ak poškodený zomrel na následky úrazu, uveďte dátum úmrtia:
 - bolo spôsobené chorobou z povolania, uveďte akou:
19. SPOLUZODPOVEDNOSŤ POŠKODENÉHO NA VZNIKU ŠKODY
- Miera zavinenia poškodeného vyjadrená v %: 0
- Dôvod zbavenia sa zodpovednosti podľa zákona č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce:
- NEUVEDENÉ
- Porušený právny predpis, predpis alebo pokyn na zaistenie BOZP:
- NEBOL PORUŠENÝ PRÁVNY PREDPIS, PREDIS 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.
20. Ak bol podaný návrh na prejednanie sporov o nárokoch pred súdom, uveďte príslušný súd a priložte návrh a stručnú informáciu o stave konania: NEUVEDENÉ
21. Ak sa súdne konanie skončilo, pripojte rozhodnutie a uveďte, či ste poškodenému podľa tohto rozhodnutia náhradu vyplátili, v akej sume a kedy: NEUVEDENÉ

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 LIPTOVSKOM MIKULÁŠI dňa 12.06. 2025.

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

**Nehodiace sa prečiarknite