

## 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: 51034166 ..... ŠKEČ (SK NACE Rev.2;): 69100 .....
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: CMS Cameron McKenna Nabarro Olswang, advokáti, s.r.o., organizačná zložka Staromestská 3, 811 03 Bratislava -
3. Evidenciu miezd vedie zodpovedný zamestnávateľ: ÁNO ☒ Nie ☐ Miesto: Staré Mesto .....
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 (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska): .....
7. Poškodený zamestnanec: meno, priezvisko, titul: .....  
adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres: .....
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 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): .....

\* Hodiace sa označte „X“

\*\*Nehodiace sa prečiarknite

13. Ak bola poistná udalosť spôsobená úmyselne, uveďte kým: .....
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: .....
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: .....
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: .....
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\*\* .....
  - druh poranenia (spôsobeného úrazom): .....
  - 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 %: .....
- 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 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: .....
21. Ak sa súdne konanie skončilo, pripojte rozhodnutie a uveďte, či ste poškodenému podľa tohto rozhodnutia náhradu vyplátili, 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