

## 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: 36316989 ..... ŠKEČ (SK NACE Rev.2): 13940
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: TIMM SLOVAKIA, s.r.o. Nozdrkovce 3140/37, 911 04 Trenčín
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 09.09.2025 o 17:50 hod.  
v dôsledku choroby z povolania - dátum zistenia choroby z povolania: dňa .....
6. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska): .....  
TIMM SLOVAKIA, s. r. o., Nozdrkovce 3140/37, Trenčín 911 04
7. Poškodený zamestnanec: meno, priezvisko, titul: ZDENKO ZHÁŇAČ  
adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres: .....  
MATEJA BELA, 2500/9, 91108 TRENČÍN
8. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: 10.03.1990
9. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona: 9003107476
10. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: OPERÁTOR VÝROBY - ZAPLETAČ
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 ZAPLETANÍ LANA - POVOĽOVANIA ZLE PREPLETENÉHO PRAMEŇA, SA ZAMESTNANEC SNAŽIL POVOLÍŤ PRAMEŇ NA TO URČENÝM NÁSTROJOM, PRIČOM VPLYVOM SILI SA MU NÁSTROJ Z PLOCHY LANA UVOLNIL, ČO SPÔSOBIL ZOTRVAČNOSŤ RUKY S NÁSTROJOM SMEROM K TVÁRI ZAMESNANCA. ZAMESTNANEC SI NÁSTROJOM SPÔSOBIL TRŽNÚ RANU POD OKOM.

\* Hodiace sa označte „X“

\*\*Nehodiace sa prečiarknite

13. Ak bola poistná udalosť spôsobená úmyselne, uveďte kým: NEBOLA
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
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
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: NEBOLA
17. Uveďte, ktorý orgán pracovný úraz vyšetroval (príslušný inšpektorát práce, polícia, atď.): ŽIADEN
18. POŠKODENIE ZDRAVIA
- bolo spôsobené úrazom uznaným ako pracovný úraz podľa zákona: ÁNO – ~~NE~~\*\*
  - druh poranenia (spôsobeného úrazom): TRŽNÁ RANA
  - ak poškodený zomrel na následky úrazu, uveďte dátum úmrtia: .....
  - bolo spôsobené chorobou z povolania, uveďte akou: NEBOLO
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:
- NEZBAVUJE SA
- Porušený právny predpis, predpis alebo pokyn na zaistenie BOZP: .....
- NEBOL
- 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: NEBOL
21. Ak sa súdne konanie skončilo, pripojte rozhodnutie a uveďte, či ste poškodenému podľa tohto rozhodnutia náhradu vyplátili, v akej sume a kedy: NEPREBIEHALO

Vybavuje: NORA BERTÁNI

Telefón a e-mail zodpovedného zamestnávateľa: 0915947073. nora.bertani@wilhelmsen.com

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 TRENCÍNE dňa 11.09. 2025.

ING. ROMAN ŠMÍD

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

\*\*Nehodiace sa prečiarknite