

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: 31602029 ŠKEČ (SK NACE Rev.2): 25990
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: KOVAL SYSTEMS, a. s. Krížna 950/10, 018 61 Beluša
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 21.01.2026 o 9:15 hod.
v dôsledku choroby z povolania - dátum zistenia choroby z povolania: dňa
6. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska):
- KOVAL SYSTEMS, a. s. Krížna 950/10, 018 61 Beluša, Vstup do haly H2 - frézy
7. Poškodený zamestnanec: meno, priezvisko, titul: Miroslav Kršák
- adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres:
- Štúrova 373/6, Ilava 019 01
8. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: 12.2.1984
9. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona: 840212/8009
10. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: CNC frézar
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 PREVÁŽANÍ ŽELEZNÉHO PROFILU NA VOZÍKU DOŠLO K PRITLAČENIU ŽELEZNÉHO KUSU O NOHU A REGÁL, ČIM NASTALO POMLIAŽDENIE KOLENA PRAVEJ NOHY.

* 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: nie
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.): BTS Gajos s.r.o.
18. POŠKODENIE ZDRAVIA
- bolo spôsobené úrazom uznaným ako pracovný úraz podľa zákona: ÁNO – ~~NE~~**
 - druh poranenia (spôsobeného úrazom): Pomliaždenina kolena pravej nohy
 - 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:
-
- 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: Andrea Brezničanová

Telefón a e-mail zodpovedného zamestnávateľa: 0918 894 480, andrea.breznicanova@kovalsystems.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 Beluši dňa 23.01. 2026..

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

**Nehodiace sa prečiarknite