

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: 36437603 ŠKEČ (SK NACE Rev.2): 43220
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: MD-AIR, s.r.o., Priemyselná 3959, L. Mikuláš 031 01
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: Z-ACCOUNTING, s.r.o., Hviezdoslavova 1871/2, 031 01 Liptovský Mikuláš
5. DÁTUM VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI (ĎALEJ LEN „PU“)
v dôsledku pracovného úrazu - dátum vzniku pracovného úrazu: dňa 17.01.2022 o 09:30 hod.
v dôsledku choroby z povolania - dátum zistenia choroby z povolania: dňa
6. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska):
Areál spoločnosti MD-AIR, s.r.o.,
7. Poškodený zamestnanec: meno, priezvisko, titul: Ľubomír Kubín
adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres:
Dubová 495/11, Liptovský Mikuláš, 031 04
8. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: 11.02.1969
9. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona: 6902117761
10. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: Montážnik VZT
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):
Šetrením úrazu bolo zistené:
Zamestnanec Ľubomír Kubín ukladal materiál z palety, ktorá bola položená na dvore, do skladu, pričom došlo k náhlemu zachyteniu špičky nohy o paletu čo spôsobilo zle dostúpenie a následný pád zamestnanca.

* 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.): Zamestnávateľ a M. Trnovský ABT, GAJOS, s.r.o.
18. POŠKODENIE ZDRAVIA
- bolo spôsobené úrazom uznaným ako pracovný úraz podľa zákona: ÁNO – ~~NIE~~**
 - druh poranenia (spôsobeného úrazom): podvrtnutý členok ľavej nohy
 - ak poškodený zomrel na následky úrazu, uveďte dátum úmrtia:
 - bolo spôsobené chorobou z povolania, uveďte akou: nie
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:
- Nie je
- 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: Nie

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 25.01. 2022..

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

**Nehodiace sa prečiarknite