

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: 54158192 ŠKEČ (SK NACE Rev.2): 49410
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: AJ LAND s.r.o. Gorkého 3, 811 01 Bratislava
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: Gorkého 3, 811 01 Bratislava - mestská časť Staré Mesto
5. DÁTUM VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI (ĎALEJ LEN „PU“)
v dôsledku pracovného úrazu - dátum vzniku pracovného úrazu: dňa 03.08.2023 o 14.10 hod.
v dôsledku choroby z povolania - dátum zistenia choroby z povolania: dňa
6. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska):
Umyváreň autoservisnej dielne
7. Poškodený zamestnanec: meno, priezvisko, titul: Štefan Galko
adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres:
Námestie slobody 1403/28, 020 01 Púchov
8. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: 23.03.2002
9. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona: 0203239322
10. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: pomocný pracovník autoservisu
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):

ZAMESTNANEC ŠTEFAN GALKO NASTÚPIL NA ZMENU DŇA 3.8.2023 O 7:00. VYKONÁVAL OBVYKLÉ PRACOVNÉ ČINNOSTI. ASI O 14:10 HOD. ZAMESTNANEC RUČNE UMÝVAL DISK KOLESA VOZIDLA, PRIČOM SI PRI NEPOZORNOSTI POREZAL PRST PRAVEJ RUKY A SPÔSOBIL SI PRACOVNÝ ÚRAZ. ZAMESTNANEC MAL PRIDELENÉ A SPRÁVNE POUŽÍL OOPP, NAJMÄ OCHRANNÉ RUKAVICE. ZAMESTNANEC BOL PODROBENÝ DYCHOVEJ SKÚŠKE NA PRÍTOMNOSŤ ALKOHOLU V DYCHU S NEGATÍVNYM VÝSLEDKOM. PRACOVNÝ ÚRAZ NEBOL ZAVINENÝ INOU OSOBOU.

* 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.):
18. POŠKODENIE ZDRAVIA
- bolo spôsobené úrazom uznaným ako pracovný úraz podľa zákona: ÁNO – ~~NI~~**
 - druh poranenia (spôsobeného úrazom): rezná rana prsta pravej ruky
 - 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:
- 12 - bežná neopatrnosť - zostatkové riziko práce
- Porušený právny predpis, predpis alebo pokyn na zaistenie BOZP:
- nie
- 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: nebolo

Vybavuje: Jozef Labant

Telefón a e-mail zodpovedného zamestnávateľa: 0903260150 jozef@labant.sk

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 Bratislave dňa 07.08. 2023

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

**Nehodiace sa prečiarknite