

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: 35740141 ŠKEČ (SK NACE Rev.2.): 46730
2. Názov a adresa sídla zodpovedného zamestnávateľa: Den Braven SK s. r. o., POLIANKY 17, 844 31 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: Heal, s. r. o., GALBAVÉHO 1860/1, 841 01 BRATISLAVA
5. DÁTUM VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI (ĎALEJ LEN „PU“)
v dôsledku pracovného úrazu - dátum vzniku pracovného úrazu: dňa 04.06.2024 o 15:35 hod.
v dôsledku choroby z povolania - dátum zistenia choroby z povolania: dňa
6. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska):
Den Braven SK s. r. o., VYSIELAČ 580, 082 53 PETROVANY - V PRIESTOROCH SKLADU
7. Poškodený zamestnanec: meno, priezvisko, titul: VLADIMÍR MIHOK
adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres:
č.d. 159, 082 53 PETROVANY
8. Dátum narodenia poškodeného zamestnanca: 29.8.1978
9. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona: 7808299158
10. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU: SKLADNÍK
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):

POŠKODENÝ SA PONÁHLAL PRE HANDRU, LEBO ROZLIAL FARBU. SADOL NA VZV A PRESÚVAL SA. PRI ZASTAVOVANÍ VZV VYSTÚPIL EŠTE POČAS DOJAZDU VZV - ZAPRÍČINILO TO NÁRAZ DO ĽAVEJ NOHY SPODNOU ČASŤOU VZV. SPÔSOBILO MU TO OTVORENÚ RANU NAD ĽAVÝM ČLENKOM. POŠKODENÉMU BOLA RANA DEZINFIKOVANÁ A BOL ODOSLANÝ NA OŠETRENIE DO NEMOCNICE. OD 05.6.2024 JE PRÁCENESCHOPNÝ.

* 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 – ~~NIE~~**
 - druh poranenia (spôsobeného úrazom): S91.3 - OTVORENÁ RANA NAD ĽAVÝM ČLENKOM
 - 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: ŽIADEN
- 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:

Vybavuje: DÁVID BRUDŇÁK

Telefón a e-mail zodpovedného zamestnávateľa: Brudnak@Denbraven.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 PREŠOVE dňa 06.06. 2024.

ING. PETER BARLÍK

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

**Nehodiace sa prečiarknite