

Hlášení pojistné události

k zákonné odpovědnosti za škody z pracovních úrazů a nemocí z povolání dle vyhlášky MF ČR číslo 125/93 Sb.

Žádáme Vás, o vyplnění údajů hůlkovým písmem nebo na psacím stroji.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Firma:		
Jméno a příjmení zástupce:		
Přesná adresa:		
		PSČ:
Tel.:	Fax:	IČ:

ÚDAJE O POŠKOZENÉM

Jméno:	Příjmení:	Rodné příjmení
Přesná adresa:		
		PSČ:
Rodné číslo:	/	
Telefon:		
Je-li poškozený daňový nerezident, uveďte číslo průkazu totožnosti:		Kód státu:

ÚDAJE O ÚRAZU nebo NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Datum vzniku úrazu nebo nemoci z povolání:	
Čas:	Místo úrazu:
Děj pojistné události (podrobný popis události, jak ke škodě došlo):	

1. Případ šetří: a) IPB b) policie c) soud

pokud ano, uveďte kdo, kde a číslo spisu:

2. Vyjádření pojištěného k uplatňovanému nároku - možnost zproštění se odpovědnosti pojištěné organizace dle § 191 zák. práce při zavinění pracovníka.

3. Přiložte **kopii výpisu** z účtu s úhradou pojistného za zákonné pojištění za kalendářní čtvrtletí, ve kterém došlo k pojistné události.

4. Náhradu škody má pojišťovna uhradit:

4.1 poštovní poukázkou na adresu:

.....

4.2 pojištěnému (organizaci) - uveďte číslo účtu a peněžního ústavu:

.....

5. Pozor: v případě volby 4.2 nutno doplnit:

Organizace již poškozeného pracovníka za pracovní úraz ze dne: odškodnila dne:

6. Jiná sdělení:

Níže podepsaný pojištěný prohlašuje a podpisem potvrzuje, že veškeré údaje v tomto oznámení jsou pravdivé.

.....
Datum

.....
Podpis a razítko pojištěného
(organizace)

Přílohy (nehodící se škrtněte, případně doplňte):

- Záznam o úraze
- Ušlý výdělek potvrzený mzdovou účtárnou pojištěného
- Sdělení o bolestném (případně ztížení společenského uplatnění) potvrzené ošetřujícím lékařem
- Jiná věcná škoda či účelně vynaložené náklady spojené s léčením
- Hlášení kliniky nemocí z povolání o nemoci z povolání
- Rozhodnutí kliniky nemocí z povolání o nemoci z povolání
- Další