

a nemocí z povolání dle vyhlášky MF ČR číslo 125/93 Sb.

11/2009

C.  
ÚDAJE O ÚRAZU  
NEBO NEMOCI  
Z POVOLÁNÍ

1. Případ šetří

☐ IP

☐ Policie

☐ Soud

Pokud ano, uveďte kdo, kde a číslo spisu.

2. Vyjádření pojištěného k uplatňovanému nároku - možnost zproštění se odpovědnosti pojištěné organizace dle Zákoníku práce při zavinění zaměstnance.

3. Přiložte kopii výpisu 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 poškozeného zaměstnance

☐ 4.2. poškozenému zaměstnanci na účet č.

☐ 4.3. pojištěnému (organizaci) - uveďte číslo účtu a peněžního ústavu

5. Pozor: v případě volby 4.3. je nutno doplnit

Organizace již poškozeného zaměstnance za pracovní úraz ze dne

odškodnila dne

6. Jiná sdělení

D.  
PŘÍLOHY

☐ Záznam o úrazu

☐ Ušlý výdělek potvrzený mzdovou účtárnou pojištěného

☐ Posudek o bolestném (případně ztížení společenského uplatnění) potvrzené ošetřujícím lékařem

☐ Jiná věcná škoda či účelně vynaložené náklady s léčením

☐ Rozhodnutí kliniky nemoci z povolání o uznání nemoci z povolání

☐ Další:

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

Datum

Podpis a razítko pojištěného (organizace)

Vyplněný formulář zašlete na adresu

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group  
P. O. Box 50, 664 42 Modřice