

Hlášení pojistné události

k zákonné odpovědnosti za škody z pracovních úrazů a nemocí z povolání 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 firmy :	
	PSČ :
Tel :	IČO :
Fax :	E – mail :

ÚDAJE O POŠKOZENÉM

Jméno :	Příjmení :
Přesná adresa :	
	PSČ :
Rodné číslo :	
Telefon :	

ÚDAJE O ÚRAZU nebo NEMOCI Z POVOLÁNÍ

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

1. Příklad šetří a) IBP 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 Zákonníku práce při zavinění pracovníka.

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 poškozenému

4.2 poškozenému (pracovníkovi) na účet č.

4.3. pojištěnému (organizaci) – uveďte číslo účtu a peněžního ústavu (pouze v případě, že už firma pracovníka odškodnila)

.....

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

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

6. Jiná sdělení :

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