

C. ÚDAJE O ÚRAZU NEBO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

1. Příklad 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 ošetřujícími lékaři Jiná věcná škoda či účelně vynaložené náklady s léčením Rozhodnutí kliniky nemocí z povolání o uznání nemoci z povolání Další:

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

Datum

20

Podpis a razítko pojištěného (organizace)

Vyplněný formulář zašlete na adresu

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