



## 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 ošetřujícím lékařem

Jiná věcná škoda či účelně vynaložené náklady s léčením

Rozhodnutí kliniky nemocí z povolání o uznání nemocí 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