



OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI Z POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZAMĚSTNANCE ZA ŠKODU ZPŮSOBENOU ZAMĚSTNAVATELI

Číslo pojistné smlouvy

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ (ZAMĚSTNANEC)

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké
Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód			
E-mail	Mobilní telefon	Telefon		
Korespondenční adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta				
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem				

C. ÚDAJE O ŠKODĚ

Škoda byla způsobena:

- v pracovním poměru (přílože pracovní smlouvu)
- ve služebním poměru (doložte rozhodnutí o přijetí do služebního poměru)
- při práci konané na základě dohody o pracovní činnosti (přílože dohodu)
- při práci konané na základě dohody o provedení práce (přílože dohodu)
- v jiném vztahu - specifikujte: (doložte dokument prokazující vznik příslušného vztahu)

Kdy škoda vznikla (den, měsíc, rok, hodina, časový interval)?

Kde škoda vznikla (obec, ulice, dům, č.p., okres, stát)?

Podrobný popis okolností vzniku škody, její příčina a vyjádření, zda a případně jaké předpisy, povinnosti či pokyny byly porušeny

Svědci události (jméno, příjmení, adresa, telefon, mobil, fax, E-mail)

Byla událost někým šetřena (policií, hasiči)? Ano (přílože zprávu o výsledku šetření) Ne

V čem spatřuje zaměstnavatel Vaše pochybení (přílože protokol škodní komise)

Specifikujte druh způsobené škody

Výše vzniklé škody (není-li přesně známa, určete odhadem) Kč včetně DPH Ano Ne

Výše náhrady škody požadovaná zaměstnavatelem Kč včetně DPH Ano Ne

Považujete vůči Vám uplatněný nárok na náhradu škody za oprávněný? Ano Ne Částečně

Zdůvodnění

D. POŠKOZENÝ (ZAMĚSTNAVATEL)

IČO	Název firmy			
Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké
Adresa sídla/ trvalého pobytu	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód			
E-mail	Mobilní telefon	Telefon		
Korespondenční adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta	Plátce DPH			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem				

E. JINÁ SDĚLENÍ

Jiná sdělení

F. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, který je trvale dostupný na webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

Informace o zpracování údajů o zdravotním stavu

Berete na vědomí, že jsou-li pro šetření pojistné události nezbytné údaje o zdravotním stavu, zpracovává je pojistitel na základě nezbytnosti pro určení, výkon a obhajobu právních nároků, a to za účelem správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události a za účelem ochrany před neoprávněnými či protiprávními nároky a předcházení podvodům a jejich vyšetřování, zajištění a soupojištění.

Informace o zpracování osobních údajů vyjma údajů o zdravotním stavu

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě oprávněného zájmu pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, případně poškozeným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojistitel také na základě a pro účely plnění zákonných povinností, které se na pojistitele vztahují.

Odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží.

Já níže podepsaný pojištěný prohlašuji a podpisem potvrzuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že zmocňuji pojistitele, aby náhradu škody s poškozeným zaměstnavatelem projednal. Současně беру на vědomí, že pojistitel není vázán mým závazkem, který na sebe беру bez předchozího projednání a souhlasu nebo jde o závazek, který přebírám nad rámec stanovený právním předpisem (např. uznám-li dluh, ač ze zákona za škodu neodpovídám nebo jej uznám ve výši, jež přesahuje skutečnou škodu, uznám-li již promlčený nárok zaměstnavatele apod.).
Prohlašuji, že jsem v souvislosti s touto škodnou událostí neuplatnil právo na pojistné plnění u jiného pojistitele.

Datum	Podpis zaměstnance
V

G. PRŮMĚRNÝ MĚSÍČNÍ HRUBÝ VÝDĚLEK (VYPLNÍ MZDOVÁ ÚČTÁRNA ZAMĚSTNAVATELE)

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec – dodací pošta	PSČ		
Potvrzujeme, že průměrný měsíční hrubý výdělek uvedeného zaměstnance v rozhodném období člil: Kč Výdělek je vypočítán v souladu se zák. č. 262/2006 Sb.			
V dne podpis a razítko zaměstnavatele	

H. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ (VYPLNÍ ZAMĚSTNAVATEL)

Pojistné plnění poukážte na číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
V dne podpis a razítko zaměstnavatele		

I. SKUPINOVÉ POJIŠTĚNÍ (VYPLNÍ ZAMĚSTNAVATEL, JE-LI POJISTNÍKEM)

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Potvrzujeme, že uvedený pracovník je (byl) zaměstnancem poškozeného <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Od Do			
Zaměstnanec je na seznamu pojištěných uveden pod pořadovým číslem			
V dne podpis a razítko zaměstnavatele	

