



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)?

PSČ

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 (policí, 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

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	2 0
V		Podpis zaměstnance	

**F. 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			
čtinič: Kč			
Výdělek je vypočítán v souladu se zák. č. 262/2006 Sb.			
V		dne podpis a razítko zaměstnavatele	

**G. ZPŮSOB
VÝPLATY
PLNĚNÍ (VYPLNÍ
ZAMĚSTNAVATEL)**

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

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

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