



## Hlášení pojistné události

k zákonné odpovědnosti za škody z pracovních úrazů

a nemocí z povolání dle vyhlášky MF ČR číslo 125/93 Sb.

### A. ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

<sup>1)</sup> Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát ČR.

IČ	Název firmy		
Jméno a příjmení zástupce			<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké?
Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	PSČ/ZIP kód
Telefon	Mobilní telefon	Fax	E-mail

### B. ÚDAJE O POŠKOZENÉM

Rodné číslo	Jméno a příjmení	Rodné příjmení	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké?
Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	PSČ/ZIP kód
Telefon	Mobilní telefon	Je-li poškozený daňový nerezident, uveďte číslo průkazu totožnosti	Kód státu
E-mail (Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje) - vyplňte pouze v případě, že poškozený souhlasí se zasláním dokumentace k pojistné události na tento e-mail		Podpis poškozeného	

### C. ÚDAJE O ÚRAZU NEBO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Datum a čas úrazu nebo vzniku nemoci z povolání	_____ v _____ hodin
Místo úrazu	
Děj pojistné události (podrobný popis, jak ke škodě došlo)	

1. Případ 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.

### C. ÚDAJE O ÚRAZU NEBO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

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

### D. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

#### ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ (HLÁŠENÍ PU)

##### Zpracování osobních údajů pojištěného na základě plnění zákonné povinnosti

Jste-li fyzická osoba vystupující jako pojištěný, zpracováváme Vaše identifikační a kontaktní údaje na základě a pro účely **plnění zákonné povinnosti** vyplývající z § 365 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, a vyhlášky Ministerstva financí ČR č. 125/1993 Sb., kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.

Pro tento účel osobní údaje uchováváme po dobu 15 let od skončení likvidace pojistné události a v případě, že je poskytována renta, po dobu 30 let od ukončení její výplaty. Protože je toto zpracování prováděno na základě zákona, nemůžete proti tomuto zpracování vznést námitku ani odvolat souhlas, neboť jsme povinni tyto údaje zpracovávat.

##### Zpracování osobních údajů třetích osob na základě našeho oprávněného zájmu

Jste-li zástupce pojištěného, berete na vědomí, že Vaše identifikační a kontaktní údaje zpracováváme na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění vztahů s pojištěným, ochrany našich právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. V tomto případě je naším oprávněným zájmem zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti a předcházení vzniku pojistného podvodu a zabránění vzniku škod. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným níže.

Pro tento účel osobní údaje uchováváme po dobu 15 let od skončení likvidace pojistné události a v případě, že je poskytována renta, po dobu 30 let od ukončení její výplaty. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme Vaše osobní údaje v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

##### Povinnost informovat poškozeného

Zavazujete se informovat poškozeného uvedeného v tomto hlášení pojistné události o zpracování osobních údajů na základě **plnění naší zákonné povinnosti** a v případě údajů o zdravotním stavu též na základě výjimky pro zpracování nezbytné pro **plnění povinnosti a výkonu zvláštních práv správce v oblasti pracovního práva**.

Dále jste povinen informovat poškozeného o tom, že jeho údaje uchováváme po dobu 15 let od skončení likvidace pojistné události a v případě, že je poskytována renta, po dobu 30 let od ukončení její výplaty. Stejně tak jste povinen informovat poškozeného o jeho právech souvisejících se zpracováním osobních údajů, tedy zejména o jeho právu na přístup k osobním údajům, právu na jejich opravu a výmaz, právu na omezení zpracování a právu podat stížnost u dozorového úřadu, a o možnostech jejich uplatnění, včetně způsobů kontaktování našeho pověřence pro ochranu osobních údajů.

##### Práva související se zpracováním osobních údajů

V souvislosti se zpracováním osobních údajů máte právo na přístup k osobním údajům, právo na jejich opravu a výmaz, právo na omezení zpracování, právo podat námitku proti zpracování a právo podat stížnost u dozorového úřadu.

Ve všech záležitostech souvisejících se zpracováním Vašich osobních údajů, ať již jde o dotaz, uplatnění práva, podání stížnosti, či cokoliv jiného, se můžete obracet na našeho **pověřence pro ochranu osobních údajů**. Aktuální kontaktní informace jsou dostupné na našich webových stránkách [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

Pokud se chcete na cokoliv ohledně zpracování osobních údajů zeptat, můžete nás kontaktovat:

Emailem na: [dpo@koop.cz](mailto:dpo@koop.cz)

Přesměně na adresu: Pobřežní 665/21, Karlín, 186 00 Praha 8

Telefonicky prostřednictvím klientské linky na: +420 957 105 105

Další informace a novinky z oblasti ochrany osobních údajů naleznete na našich webových stránkách [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

### E. PŘÍLOHY

- Záznam o úrazu
- Ušlý výdělek potvrzený mzdovou úctárnou pojištěného
- Posudek o bolestném (případně ztížení společenského uplatnění) potvrzené ošetřujícím lékařem
- Jiná věcná škoda či účelně vynaložené náklady s léčením
- Rozhodnutí kliniky nemoci 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