

Hlášení pojistné události

ze zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu
při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání podle vyhlášky č. 125/1993 Sb.



ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

A.	IČ	Název firmy		
	Jméno a příjmení zástupce			
	Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	PSČ
	E-mail (vyplňte, pokud souhlasíte se zasíláním dokumentace k pojistné události na tento e-mail)		Telefon	

ÚDAJE O POŠKOZENÉM

B.	Rodné číslo / EČP	Datum narození	OIČ	Pohlaví (M/Ž)
	Jméno a příjmení		Rodné příjmení	
	Státní občanství	Stát místa narození	Obec místa narození	Kód státu rezidenství
	Adresa trvalého pobytu			Stát
	Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	PSČ
	Korespondenční adresa v ČR (je-li odlišná od trvalého pobytu)			
	Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	PSČ
	Je-li poškozený daňový nerezident, vyplňte			
	Typ daňové identifikace D - DIČ, R - RČ, S - Sociální pojištění, J – jiné		Daňový identifikátor ve státě rezidence	
	Je-li poškozený daňový nerezident, doložte kopii pasu, průkazu totožnosti nebo vyplňte			
	Typ dokladu	Číslo dokladu	Orgán, který vydal doklad v zahraničí	Kód státu, který doklad vydal
	Adresa bydliště ve státě, jehož je zaměstnanec rezidentem (je-li odlišná od trvalého pobytu)			Stát
	Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	PSČ
	Kontaktní údaje poškozeného			
	E-mail		Telefon	
Poškozený souhlasí se zasíláním korespondence obsahující oznámení o výši plnění, zdravotní dokumentace a „Potvrzení o zdanitelných příjmech“ z titulu plnění náhrady mzdy za pracovní úraz na uvedenou e-mailovou adresu. Poškozený souhlasí se zpracováním uvedené e-mailové adresy ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně osobních údajů společností Kooperativa pojišťovna, a.s., VIG, a to pro účely komunikace související s výše uvedenou událostí. Souhlas lze vzít kdykoliv zpět, a to písemnou žádostí.		Podpis poškozeného		

ÚDAJE O ÚRAZU NEBO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

C.	Datum úrazu nebo vzniku nemoci z povolání	
	Přiložte kopii Záznamu o úrazu nebo Rozhodnutí kliniky nemoci z povolání o uznání nemoci z povolání.	
	1. Případ šetří, pokud ano, uveďte kdo, kde a číslo spisu	
	☐ OIP	
	☐ Policie	
	☐ Soud	

ÚDAJE O ÚRAZU NEBO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

C.	2. Vyjádření pojištěného zaměstnavatele k uplatňovanému nároku - možnost zproštění se povinnosti zaměstnavatele nahradit škodu při zavinění zaměstnance podle § 270 zákoníku práce	
	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 zaměstnavateli na účet č.	
	5. V případě volby 4.3. je nutno doplnit	
Zaměstnavatel již poškozeného zaměstnance za pracovní úraz ze dne odškodnil dne		

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

D.	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 v sekci „O pojišťovně Kooperativa“. Pokud se chcete na cokoliv ohledně zpracování osobních údajů zeptat, můžete nás kontaktovat: Emailem na: dpo@koop.cz Písemně 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 v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.	

Datum	Níže podepsaný prohlašuje a podpisem potvrzuje, že veškeré údaje v tomto oznámení jsou pravdivé.
Podpis a razítko pojištěného (zaměstnavatele)	

Vyplněný formulář zašlete na jednu z adres		
Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group P.O. Box 50, 664 42 Modřice	do Datové schránky n6tetn3	e-mailem na adresu podatelna@koop.cz