

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z poistenia zodpovednosti za škodu zamestnanca spôsobenú zamestnávateľovi

Číslo poisťnej zmluvy		Číslo škodovej udalosti :	
1) Poistený (zamestnanec)			
Meno a Priezvisko, titul		Rodné číslo	
Adresa trvalého bydliska		Tel. č.*	
číslo účtu	Banka	E-mail**	
2) Poškodený (zamestnávateľ)			
Obchodné meno		IČO	
Sídlo podnikania		Tel. č.	
číslo účtu	Banka	E-mail	
3) Škodová udalosť			
Dátum vzniku škodovej udalosti (deň, mesiac, rok)		Miesto vzniku škodovej udalosti (miesto, ulica, mesto, štát)	
Uveďte popis vzniku škodovej udalosti		Svedkovia	
Vyjadrenie poisteného k otázke zodpovednosti za spôsobenú škodu (uveďte dôvody prečo uznávate alebo neuznávate svoju zodpovednosť)			
V čom vidí poškodený Vaše zavinenie a ako ho preukazuje?			
Bola škodová udalosť oznámená orgánom činným v trestnom konaní? Ak áno, uveďte príslušný Policajný zbor		Spôsobili ste škodu pod vplyvom alkoholu?	
4) Ďalšie informácie ku škodovej udalosti			
Čo bolo pri škodovej udalosti poškodené?			
A/ ☐ škoda na veci alebo MV zamestnávateľa	1. Ktoré veci boli poškodené? (v prípade MV uveďte EČ vozidla)		
	2. Kde sa nachádzajú poškodené veci?		
	3. Je vec majetkovo/havarijne poistená? Ak áno? uveďte názov poisťovne:		
	4. Opíšte podrobnejšie rozsah poškodenia vecí/MV		
	5. Uveďte výšku škody v EUR		
C/ ☐ škoda na veci počas prepravy, náklady a vykládky	1. Ktoré veci boli poškodené?		
	2. Je MV havarijne poistené? Ak áno? uveďte názov poisťovne:		

	3. Je MV havarijne poistené? Ak áno? uveďte názov poisťovne:
	4. Opíšte podrobnejšie rozsah poškodenia MV
	5. Uveďte výšku škody v EUR
D/ ☐ Iná škoda	1. Uveďte rozsah, predmet a druh poškodenia
	2. Uveďte výšku škody v EUR
5) Náhrada škody	
Uveďte výšku požadovanej náhrady škody poškodeným (zamestnávateľom)	
6) Potvrdenie zamestnávateľa	
Výška priemerného mesačného zárobku zamestnanca (poisteného) podľa Zák. práce v kalendárnom štvrtroku pred vznikom škodovej udalosti potvrdená zamestnávateľom	EUR
Zamestnávateľ týmto potvrdzuje, že v čase vzniku škodovej udalosti bol poistený v pracovnoprávnom vzťahu so zamestnávateľom uvedeným v bode 2) tohto oznámenia.	
Potvrdenie zamestnávateľa:	
Meno a Priezvisko:	
Tel. kontakt:	
V	dňa
pečiatka a podpis zamestnávateľa	

*na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti

**pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

K Oznámeniu škodovej udalosti priložte:

- 1) Pracovná zmluva alebo iný dokument preukazujúci pracovnoprávny vzťah medzi poisteným a zamestnávateľom
- 2) Zápis škodovej komisie ku škodovej udalosti
- 3) Faktúra o oprave poškodenej veci alebo MV
- 4) Iný doklad preukazujúci výšku škody

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamíchal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie poisťnej udalosti.

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk

V dňa

.....
Podpis poisteného

Union poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, IČO : 31322051, DIČ: 2020800353,
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, odd. Sa vl. č. 383/B,

kontakt: Tel.: **0850 003 333** Mail: zodpoved.likvidacia@union.sk