

## Oznámenie poisťnej udalosti COVID-19

k úrazovému príplatku podľa § 293fek zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

1. IČO/RČ zodpovedného zamestnávateľa:  ŠKEČ (SK NACE Rev.2):

2. Názov zamestnávateľa:

3. Sídlo zamestnávateľa:

4. Evidenciu miezd vedie zodpovedný zamestnávateľ: ÁNO – NIE\*

5. Adresa miesta útvaru zodpovedného zamestnávateľa, ktorý vedie evidenciu miezd, ak nie je totožné s adresou jeho sídla:

6. DÁTUM VZNIKU POISŤNEJ UDALOSTI (ĎALEJ LEN „PU“)

Dátum začiatku dočasnej práceneschopnosti z dôvodu karanténneho opatrenia a potvrdeného ochorenia COVID-19 zamestnanca / osoby podľa § 17 ods. 2 zákona\*\* (ďalej len „poškodený“):

7. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska:

8. **Poškodený s potvrdeným ochorením COVID-19:** meno, priezvisko, titul:

adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres:

9. Dátum narodenia poškodeného:

10. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona

11. Telefónne číslo/e-mail poškodeného: ☎



12. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU:

13. **V prípade ak dočasná pracovná neschopnosť začala po 30. novembri 2021**, poškodený zamestnanec má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca podľa zákona č. 462/2003 Z. z. o náhrade príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ÁNO-NIE\*\*):

.....

\*Nehodiace sa prečiarknite

\*\*Nehodiace sa prečiarknite

14. POPIS VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI (uvedte faktory pracovného **prostredia, dokazujúce že ochorenie COVID-19 vzniklo zamestnancovi pri práci, kde z povahy práce vyplýva väčšia miera rizika vzniku tohto ochorenia**)

Vybavuje (meno, priezvisko, titul):

Telefón a e-mail zodpovedného zamestnávateľa:



Podpísaný poistený (zodpovedný zamestnávateľ) vyhlasuje, že:

- a) všetky uvedené skutočnosti sú pravdivé, nič nezamlčal a je si vedomý právnych následkov v prípade nesprávne uvedených údajov (§ 237 ods. 1 zákona),
- b) ochorenie COVID-19 poškodeného vzniklo v príčinnej súvislosti s vykonávaným zamestnaním alebo pri činnostiach uvedených v § 17 ods. 2 zákona,
- c) v súvislosti s touto PU neplánuje uplatniť ustanovenia §196 zákona č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce (*Zbavenie sa zodpovednosti*).

V

dňa

.....  
meno a podpis štatutárneho zástupcu zodpovedného zamestnávateľa  
a odtlačok pečiatky (poistený)