

## Příhláška k pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za pracovní úrazy a nemoci z povolání

Podle zákona číslo 37/1993 Sb. a prováděcí vyhlášky ministerstva financí číslo 125/1993 Sb., která stanoví podmínky a sazby Zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, se dle § 12 odst. 1 přihlašuji k pojištění u Vaší pojišťovny a oznamuji tyto základní údaje.

<b>ZAMĚSTNAVATEL</b>	IČ		Název zaměstnavatele	
	Adresa sídla		Ulice (místo), číslo popisné/orientační	
	Obec – dodací pošta		PSČ	
			<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód	
	Prostředky elektronické komunikace		E-mail	Mobilní telefon
	Číslo účtu banky		Kód OKEČ (číselný kód činnosti)	
	Datum vzniku zaměstnavatele		Datum nástupu prvního zaměstnance	
	Příjmení, jméno odpovědného zástupce			
	Adresa trvalého pobytu		Ulice (místo), číslo popisné/orientační	
	Obec – dodací pošta		PSČ	
		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód		
Datum		2   0		
.....		.....		
Podpis odpovědného zástupce		Razítko zaměstnavatele		

zde odstříhnout

### INFORMACE

Bankovní spojení: KB Praha, číslo účtu: **40002-50404-011/0100**, IBAN: **CZ 30 0100 0400 0200 5040 4011**, SWIFT KÓD: **KOMB CZ PP**

Variabilní symbol: **IČ** pojištěného, konstantní symbol: **3558**

### SPLATNOST POJISTNÉHO

1. čtvrtletí od 1. 1. do 31. 1.

2. čtvrtletí od 1. 4. do 30. 4.

3. čtvrtletí od 1. 7. do 31. 7.

4. čtvrtletí od 1. 10. do 31. 10.

Vyplněný formulář zašlete na adresu

Kooperativa pojišťovna, a.s.  
Vienna Insurance Group  
P. O. Box 50  
664 42 Modřice

Dle ustanovení § 12 odst. 9 Vyhlášky číslo 125/1993 Sb. se pojistné, nebylo-li zaplaceno řádně a včas, zvyšuje o 10% dlužné částky za každý započatý měsíc prodlení. Minimální pojistné za čtvrtletí činí Kč 100,-.