



Čestné prohlášení

pro účely výplaty za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti

POŠKOZENÝ	Jméno a příjmení		Datum narození	
	Adresa bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
	Obec – dodací pošta			PSČ
	Korespondenční adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
	Obec – dodací pošta			PSČ
	Telefon	E-mail		

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ^{*)}	Pobírám invalidní důchod 1. nebo 2. stupně	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Pobírám invalidní důchod 3. stupně	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Byla mi změněna invalidita 3. stupně na invaliditu 1. nebo 2. stupně (popř. odejmuta zcela), ale stále pobírám důchod v původní výši invalidního důchodu 3. stupně ^{**)}	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Byl(a) jsem uznán(a) v době do 31. 12. 2011 osobou zdravotně znevýhodněnou (v případě přiznané změněné pracovní schopnosti doložte rozhodnutí)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Žádal(a) jsem si o starobní důchod za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Žádal(a) jsem si o invalidní důchod nebo jeho změnu za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
^{*)} Platnou variantu označte křížkem. ☒ Zároveň prohlašuji, že jsem si vědom(a) následků nepravdivě uvedených údajů, zejména pak povinnosti vrátit částky vyplacené v rozporu s výše uvedeným.			

Datum	
Podpis	

Vyplněný formulář zašlete na adresu
 Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
 P. O. Box 50, 664 42 Modřice

^{**) Dovolujeme si upozornit, že v případě odejmutí invalidity 3. stupně je pro účely další výplaty náhrady za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti nutné, i přesto, že nadále pobíráte důchod ve stejné, nezměněné výši, zaevidovat se na ÚP či nastoupit do pracovního poměru (příp. vykonávat činnost jako OSVČ).}