

**Vyúčtování nákladů na jízdné  
k pojištění odpovědnosti zaměstnavatele  
za pracovní úrazy a nemoci z povolání**



Číslo pojistné události

Jméno pacienta

Rodné číslo

Potvrzuji, že níže uvedené cesty k lékařům byly nezbytně nutné v souvislosti s pracovním úrazem ze dne

Datum	Důvod návštěvy lékaře	Cena jízdného
<b>Celkem</b>		

Poznámka (zde uveďte skutečnosti k objasnění či doplnění)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

2 | 0

.....  
Podpis a razítko zdravotnického zařízení

**Vyplněný formulář zašlete na adresu**

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