

Čestné prohlášení

pro účely výplaty náhrady za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti

POŠKOZENÝ

Jméno a příjmení:	Datum narození:
Adresa bydliště:	
Korespondenční adresa:	
Telefon:	Email:

Doporučujeme pro urychlení komunikace uvést telefonní, popř. emailové spojení.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ*)

Pobírám invalidní důchod 1. nebo 2. stupně ANO NE

Pobírám invalidní důchod 3. stupně ANO NE

Byla mi změněna invalidita (popř. odejmuta zcela) ANO NE
 (v případě změny doložte kopii Posudku o invaliditě,
 kopii Rozhodnutí o změně, popř. odnětí důchodu)

Byl(a) jsem uznán(a) osobou zdravotně znevýhodněnou ANO NE
 (v případě přiznané změněné pracovní schopnosti doložte rozhodnutí)

Žádal(a) jsem si o starobní důchod za posledních 12 měsíců ANO NE

Žádal(a) jsem si o invalidní důchod nebo jeho změnu za posledních 12 měsíců ANO 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., VIG
 P.O. Box 50, 664 62 Modřice

**) Dovolujeme si Vás 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 ČR či nastoupit do pracovního poměru (příp. vykonávat činnost jako OSVČ).