



Potvrzení lékaře

o souvislosti pracovní neschopnosti se zjištěnou nemocí z povolání
nebo pracovním úrazem

Potvrzuji tímto, že p.

rodné číslo

byl(a) v pracovní neschopnosti od

do

v přímé souvislosti

☐ s pracovním úrazem ze dne

☐ s nemocí z povolání zjištěnou dne

Informace z oblasti ochrany osobních údajů naleznete na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

Vyplněný formulář zašlete na jednu z adres

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

do Datové schránky **n6tetn3**

e-mailem na adresu **podatelna@koop.cz**