



POŽADAVEK NA REFUNDACI NÁHRAD ZA ROK

Organizace				Vyřizuje				Telefon						
Číslo účtu				IČ organizace										
Jméno poškozené(ho)				Bydliště				Nárok na výplatu vznikl dne						
Rodné číslo				Pracovní úvazek hod./denně				Zavinění v %						
Měsíc	Plán. počet dnů vč. dovol. a svátků	Odpracovaný počet dnů a hodin včetně dovol. a svátků	Průměrný hrubý měsíční výdělek	Invalidní důchod stupeň (bez 220,-)	Měsíční hrubý výdělek skutečně dosažený	Měsíční hrubý výdělek přepočtený na celý úvazek	Stop výdělek	Choroba obecná (denní vyměřovací základ neredukovaný x kal. dny PN) DVZ se zaokrouhluje na celé Kč nahoru			Choroba v souvislosti s NZP - vyplacené nemocenské dávky	Zavinění v Kč	Náhrada v hrubé výši	Bylo vyplaceno dne (podpis mzdové účetní)
								PN od - do	DVZ x kal. dny	= v Kč				
1.										x				
2.										x				
3.										x				
4.										x				
5.										x				
6.										x				
7.										x				
8.										x				
9.										x				
10.										x				
11.										x				
12.										x				

Náhrada celkem

Podepsaný pojištěný prohlašuje a podpisem stvrzuje, že veškeré údaje v tomto oznámení jsou pravdivé a poškozené(mu) řádně vyplacené.

Pokud bude poškozený(á) nemocen(a) pro nemoc z povolání nebo prac. úraz, doložte potvrzení lékaře o souvislosti.

Datum

.....
Razítko a podpis

**Povinnou přílohou tohoto formuláře je „Potvrzení pro účely výplaty náhrady za ztrátu na výděлку“
Vyplněný formulář zašlete na adresu:**

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