Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Hlášení k jednorázové náhradě poskytnuté zaměstnanci

Podle § 271ca zákoníku práce v důsledku rozvázání pracovního poměru z důvodu dlouhodobého pozbytí způsobilosti konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí (dříve odstupné)

Číslo pojistné události

990

POŠKOZENÝ

Rodné číslo	Jméno a příjmení	
Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec – dodací pošta		PSČ
Číslo účtu	E-mail	Telefon
Jsem*) ☐ rezident ☐ nerezident (v tom případě doložte kopii občanského průkazu nebo pasu)		

*) Platnou variantu označte křížkem. ☒

Poškozený souhlasí se zasíláním korespondence obsahující oznámení o výši plnění, zdravotní dokumentace a Potvrzení o zdanitelných příjmech z titulu plnění jednorázové náhrady za pracovní úraz, zjištěnou nemoc z povolání či ohrožení nemocí z povolání na uvedenou e-mailovou adresu.
Poškozený souhlasí se zpracováním uvedené e-mailové adresy ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně osobních údajů společností Kooperativa pojišťovna, a.s., VIG, a to pro účely komunikace související s výše uvedenou událostí. Souhlas lze vzít kdykoliv zpět, a to písemnou žádostí.

Datum

.....
Podpis poškozeného

POJIŠTĚNÝ

IČ a název zaměstnavatele	Adresa sídla – ulice (místo), číslo popisné/orientační	
Obec – dodací pošta		PSČ
Zástupce zaměstnavatele	E-mail	Telefon

Pracovní poměr byl rozvázán ze zdravotních důvodů ke dni

☐ Pro pracovní úraz ze dne ☐ Pro nemoc z povolání zjištěnou dne ☐ Pro ohrožení nemocí z povolání ze dne

Rozhodné období pro výpočet průměrného hrubého měsíčního výdělku (k datu ukončení pracovního poměru)

Průměrný hrubý hodinový výdělek za výše uvedené období (PHV)	Kč	Týdenní pracovní doba zaměstnance (TPD)	hod / týden
Přepočet na průměrný hrubý měsíční výdělek PHV x TPD x 4,348 =	Kč (zaokrouhleno na celé Kč nahoru)	x 12 měsíců =	Kč

Potvrzujeme, že: ☐ jsme dosud nevyplatili jednorázovou náhradu a do budoucna platit nebudeme. Žádáme proto o výplatu na účet výše uvedeného poškozeného.

☐ jsme jednorázovou náhradu vyplatili poškozenému dne a žádáme o její proplacení na účet č.

PŘÍLOHY

Přílohy nutné k vyplacení jednorázové náhrady:

- pracovní smlouva a doklad o rozvázání pracovního poměru,
- zápočtový list,
- mzdový list za výše uvedené rozhodné období,
- posudek o ohrožení nemocí z povolání,
- lékařský posudek o pozbytí zdravotní způsobilosti k práci vč. uvedení důvodu pozbytí (datum zjištění nemoci z povolání/ohrožení nemocí z povolání/pracovního úrazu)
- doklad o úhradě jednorázové náhrady byla-li vyplacena

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

Datum

.....
Zástupce zaměstnavatele – podpis a razítko

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**