



Čestné prohlášení

pro účely výplaty za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti

POŠKOZENÝ	Jméno a příjmení		Datum narození	
	Adresa bydlíště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
	Obec – dodací pošta		PSČ	
	Korespondenční adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
	Obec – dodací pošta		PSČ	
	Telefon	E-mail		

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ*)	Pobírám invalidní důchod 1. nebo 2. stupně	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Pobírám invalidní důchod 3. stupně	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Byla mi změněna invalidita 3. stupně na invaliditu 1. nebo 2. stupně (popř. odejmuta zcela), ale stále pobírám důchod v původní výši invalidního důchodu 3. stupně**)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Byl(a) jste uznán(a) osobou zdravotně znevýhodněnou (v případě přiznané změněné pracovní neschopnosti doložte rozhodnutí)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Žádal(a) jsem si o starobní důchod za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Žádal(a) jsem si o invalidní důchod nebo jeho změnu za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> 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., Vienna Insurance Group
P. O. Box 50, 664 42 Modřice

**) Dovolujeme si upozornit, že v případě odejmutí invalidity 3. stupně je pro účely další výplaty náhrady na výdělků po skončení pracovní neschopnosti nutné, i přesto, že nadále pobíráte důchod ve stejné, nezměněné výši, zaevidovat se na ÚP či nastoupit do pracovního poměru (příp. vykonávat činnost jako OSVČ).