



Prohlášení

My, níže podepsaní prohlašujeme tímto, že nároky z poškození zdraví, které uplatňujeme u Kooperativy pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group ze zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu za pracovní úraz

pana(i)

RČ

ke kterému došlo

při dopravní nehodě dne,

jsme neuplatnili a nebudeme uplatňovat:

- ▶ z pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem motorového vozidla

státní poznávací značky*

u pojišťovny

- ▶ z pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vysokozdvížného vozíku (VZV) u pojišťovny

číslo pojistné smlouvy

SPZ nebo evid. číslo VZV

název pojišťovny

Jsme si vědomi, že v případě převzetí pojistného plnění, jak z pojištění odpovědnosti z provozu motorových vozidel, tak i ze zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu, by vzniklo na naší straně bezdůvodné obohacení, které se tímto zavazujeme vrátit.

*) uveďte státní poznávací značku automobilu, kterým byla zaviněna dopravní nehoda

Datum

2011

.....
Razítko firmy a podpis odpovědného zástupce

.....
Podpis poškozeného

Vyplněný formulář zašlete na adresu

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