

Vyúčtování lékařských nákladů k pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za pracovní úrazy a nemoci z povolání



Číslo pojistné události

Jméno pacienta

Rodné číslo

Účel platby	Množství	Celková cena	Hrazeno pacientem	Hrazeno ZP
Celkem				

Potvrzuji, že uvedené lékařské výkony byly provedeny v souvislosti s pracovním úrazem (nemoci z povolání) ze dne

Potvrzuji, že mám – nemám uzavřenou smlouvu ZP poškozeného (nehodící-se škrtněte).

Poznámka (zde uveďte skutečnosti k objasnění či doplnění vyúčtování lékařských nákladů)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

20

.....
Razítko a podpis lékaře

Vyplněný formulář zašlete na adresu

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