



## Žádost

Žádáme Kooperativu pojišťovnu a.s., Vienna Insurance Group, aby vyplácela náhrady za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti

poškozené (mu)

rodné číslo

Zároveň sdělujeme, že\*)

jsme dosud nevyplatili poškozené(mu) žádnou náhradu a do budoucna platit nebudeme

jsme vypláceli náhradu za ztrátu na výdělků do rukou poškozené(ho) do

\*) Platnou variantu označte křížkem. ☒

Datum

.....  
razítko a podpis pojištěné organizace

Vyplněný formulář zašlete na adresu

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