



Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

Dotazník o zaměstnání

Z1055

Prosíme o vyplnění následujících otázek na základě souhlasu klienta uděleného v Hlášení pojistné události – ošetřování člena rodiny (pro rámcové smlouvy). Za validní je považován pouze kompletně vyplněný dotazník.

Vyplněné potvrzení zašle pojištěný spolu s dalšími dokumenty uvedenými na Hlášení pojistné události – ošetřování člena rodiny na e-mail bankopojisteni@koop.cz, nebo na adresu ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY, Boudníkova 2506/1, 180 00 Praha 8 - Libeň.

Vyplní ošetřovatel:

Ukončil jste pracovní poměr? ANO NE

Jste evidován na úřadu práce? ANO NE

Čerpáte neplacené volno? ANO NE

Vyplní zaměstnavatel ošetřovatele:

Příjmení, jméno / Název zaměstnavatele (dále jen „zaměstnavatel“)

IČO

Sídlo

Zastoupena

Ukončení pracovního poměru z důvodu ošetřování: ANO NE

Tímto potvrzujeme, že:

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Bytem

Byl/a u zaměstnavatele zaměstnán/a od do

příčemž pracovní poměr byl ukončen z důvodu potřeby ošetřování člena rodiny.

Čerpání neplaceného pracovního volna: ANO NE

Tímto potvrzujeme, že:

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Bytem

Je u zaměstnavatele zaměstnán/a od dosud, přičemž v od do
čerpá/čerpala neplacené pracovní volno z důvodu potřeby ošetřování člena rodiny.

V dne

razítko a podpis
zaměstnavatele / osoby oprávněné
jednat za zaměstnavatele