

Potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru

Pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., Odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, případně na e-mail: likvidace@pvzp.cz

Potvrzujeme, že pan/ paní:

Jméno: Příjmení:

Titul.: RČ:
(není-li přiděleno, datum narození)

Je od data: 20..... k dnešnímu dni v pracovním poměru sjednaném podle § 6 ods. 1 a 10 zákona o daních z příjmů:

- ☐ na dobu neurčitou
- ☐ na dobu určitou do 20.....
- ☐ na dohodu do 20.....

U zaměstnavatele (název a adresa):

S pracovním zařazením:

V době vystavení potvrzení je ve výpovědní lhůtě: ☐ ANO ☐ NE

Pracovní neschopnost od 20.....

Zaměstnanec/ zaměstnankyně:

- ☐ je na mateřské dovolené ode dne 20.....
- ☐ je na rodičovské dovolené ode dne 20.....
- ☐ měl/a sjednaný nástup po ☐ mateřské ☐ rodičovské dovolené ode dne 20.....
- ☐ Pracovní poměr byl ukončen kdy 20.....
důvod:
- ☐ Pracovní neschopnost byla vystavena pro pracovní úraz - nemoc z povolání.
- ☐ Po dobu pracovní neschopnosti byla poskytována mzda v plné výši za období:
- ☐ Nárok na náhradu mzdy v plné výši byl uznán za období:

Zaměstnanec/ zaměstnankyně je přihlášen/a na Správě sociálního zabezpečení (adresa):

V:

Dne:

Podpis a razítko zaměstnavatele
(personálního útvaru)

telefon