

ПОТВРДА РАДНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ЗА СЛУЧАЈ СМРТИ РАДНИКА

Овим потврђујемо да је _____
(име и презиме преминулог радника/це)

био/била запослен-а у _____
(назив фирме, установе, предузећа, организације)

непрекидно од _____ те да је био/била осигуран/а колективним осигурањем
(датум запослења)

од посљедица несрећног случаја код GRAWE осигурања а.д. Бања Лука полисом осигурања број
_____ издатом дана _____ године.
(број полисе) (датум издавања полисе)

Уједно овјеравамо да је, непосредно пред смрт, радник/ца био/била на боловању у периоду од
_____ године, до _____ године.
(датум почетка боловања) (датум завршетка боловања)

У _____, дана _____ године.
(мјесто овјере) (датум овјере)

(печат и потпис одговорног лица)