

Датум доспећа у GRAWE

ПОТВРДА О ОДСУСТВУ СА РАДНОГ МЕСТА ЗБОГ БОЛЕСТИ (AUZ)

(попуњава послодавац)

БРОЈ ШТЕТЕ / АУЗ: _____

Подаци о осигуранику:

1. Име и презиме
2. Датум рођења
3. Социјално осигурање
(подаци о државној
институцији соц.осигурања)

.....

.....

.....

Опис радног места

.....

.....

Овим потврђујем да је осигураник био одсутан са посла због болести

1. Почетак болести
2. Трајање одсуства
закључно са

..... (датум)

..... (датум)

..... (датум), у данима

Назив предузећа где је осигураник запослен:

..... телефон

Адреса предузећа:

--	--	--	--	--

Број поште

Место

улица и број

Радник је запослен на неодређено време у предузећу од:

М.П.

Потпис овлашћеног лица и овера печатом предузећа

За тачност података о узроку незгоде и других података наведених у овој пријави одговарам материјално и кривично! Сносим све последице које из тога проистекну. Овлашћујем GRAWE осигурање а.д. да изврши увид у комплетну медицинску документацију. Такође овлашћујем надлежног лекара опште медицине да на писани захтев GRAWE осигурање а.д.о. дозволи копирање целокупног здравственог картона, односно другу медицинску документацију (анамнестички подаци, отпушно писмо и др.)

У, 200_ године

 потпис и печат уговарача осигурања

М.П.

 Потпис осигураника