

ПОТВРДА РАДНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ

Овим потврђујем да је повријеђени-а _____
Запослен-а у овој фирми /установи/предузећу непрекидно од _____ те
да је осигуран колективним осигурањем од посљедица несрећног случаја код Граве осигурања
ад Бања Лука полисом број _____ издатом дана _____ 20__ године.
Потврђујемо да износ мјесечне, годишње премије за _____ радника у износу од _____ КМ
је измирен дана _____ 20__ године, а за период од _____ 20__ до _____ 20__ године.

У _____ дана _____ 20__ године

Потпис и печат

ОВЈЕРА ПОДАТАКА ЗА СЛУЧАЈ СМРТИ

Овим потврђујемо да је радник _____ из _____
Био у радном односу код ове фирме/установе/предузећа од дана _____ 20__ године до дана
_____ 20__ године.

Уједно овјеравамо да је непосредно пред смрт именовани био на боловању за период од дана
_____ 20__ године до данас _____ 20__ године и да је за умрлог плаћена премија
колективног осигурања и за вријеме боловања.

У _____ дана _____ 20__ године

Потпис и печат