

(popunjava poslodavac)

BROJ ŠTETE / AUZ: _____

Podaci o osiguraniku:

1. Ime i prezime
2. Datum rođenja
3. Socijalno osiguranje
(podaci o državnoj instituciji
soc.osiguranja)

.....
.....
.....

Opis radnog mjesta

.....
.....

Ovim potvrđujem da je osiguranik
bio odsutan sa posla zbog bolesti

1. Početak bolesti
2. Trajanje odsustva
zaključno sa

..... (datum)
..... (datum)
..... (datum), u danima

Naziv preduzeća gdje je
osiguranik zaposlen:

..... telefon

Adresa preduzeća:



broj pošte

mjesto

ulica i broj

Radnik je zaposlen na neodređeno vrijeme u preduzeću od:

M.P.

.....
potpis ovlaštenog lica i ovjera pečatom preduzeća

Za tačnost podataka o uzroku nezgode i drugih podataka navedenih u ovoj prijavi odgovaram materijalno i krivično! Snosim sve posljedice koje iz toga proisteknu. Ovlašćujem GRAWE osiguranje a.d. da izvrši uvid u kompletnu medicinsku dokumentaciju. Takođe ovlašćujem nadležnog ljekara opšte medicine da na pisani zahtjev GRAWE osiguranje a.d. dozvoli kopiranje cjelokupnog zdravstvenog kartona, odnosno drugu medicinsku dokumentaciju (anamnestički podaci, otpusno pismo i dr.)

U, 20__ godine

.....
potpis i pečat ugovarača osiguranja

M.P.

.....
potpis osiguranika