

POTRDILO O ODSOTNOSTI Z DELA ZARADI NEZGODE

ŠT. ZAVAROVALNEGA PRIMERA: _____

PODATKI O ZAVAROVANCU:

Ime in priimek: _____

Poklic: _____

Opis delovnega mesta: _____

S tem potrjujem, da je bil zavarovanec zaradi nezgode, ki jo je utrpel dne _____,
z dela odsoten od _____ do vključno _____.

Na dan nezgode je imel pri nas sklenjeno redno delovno razmerje.

Izjavljamo, da so podatki na formularju resnični in popolni.

Kraj _____ Datum _____

(žig in podpis delodajalca)

Ta formular se uporablja izključno za potrebe GRAWE zavarovalnice d.d.