

POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

Naziv:

Adresa:

Telefon:

ZA DJELATNIKA, UČENIKA, STUDENTA

Potvrđujemo da je zaposlen od

(ime, prezime i datum rođenja - za djelatnika, za učenika - razred)

osiguran policom broj i da je premija od

za razdoblje od do (u kojem je nastao prijavljeni slučaj)

plaćena dne god.

U

(pečat i potpis odgovorne osobe)

ZA ČLANA OBITELJI

Potvrđujemo da je od našeg djelatnika

(ime, prezime)

član obitelji

(ime, prezime i datum rođenja)

osiguran policom broj: i da je premija u iznosu od

za razdoblje od do plaćena dne god.

U

(pečat i potpis odgovorne osobe)

ZA ČLANA KLUBA - DRUŠTVA

Potvrđujemo da je

(ime, prezime i datum rođenja)

član osiguran policom broj: i da je premija

(kluba - društva)

u iznosu za razdoblje od do

plaćena dne god.

U

(pečat i potpis odgovorne osobe)