

Broj polise:

Broj štetnog akta:

Potvrda o odsustvu sa radnog mesta (AUZ)

e-mail: stete@grawe.rs

Ugovarač	Ime i prezime		JMBG			
	Adresa (ulica i broj)		Mesto		Broj pošte	
	E-mail adresa		Broj telefona			

Osiguranik	Ime i prezime		JMBG			
	Adresa (ulica i broj)		Mesto		Broj pošte	
	E-mail adresa		Broj telefona			
	Opis radnog mesta i naziv preduzeća gde ste zaposleni					

Period odsustva sa radnog mesta	Datum početka odsustva (dan, mesec, godina) godine					
	Datum završetka odsustva (dan, mesec, godina) godine					
	Zaključno sa datumom (dan, mesec, godina) godine, u danima ____					

Podaci o poslodavcu	Naziv preduzeća gde je osiguranik zaposlen					
	Adresa (ulica i broj)		Mesto		Broj pošte	
	E-mail adresa		Broj telefona			

Za tačnost podataka navedenih u ovoj prijavi odgovaram materijalno i krivično. Snosim sve posledice koje iz toga mogu da proisteknu. Ovlašćujem GRAWE osiguranje a.d.o. da izvrši uvid u kompletnu medicinsku dokumentaciju. Takođe ovlašćujem nadležnog lekara opšte medicine da na pisani zahtev GRAWE osiguranje a.d.o. dozvoli kopiranje celokupnog zdravstvenog kartona, odnosno drugu medicinsku dokumentaciju (anamnestički podaci, otpusne liste i dr.).

Izjavljujem da sam:

- primio/la, pročitao/la i razumeo/la Informacije o obradi podataka o ličnosti, koje se nalaze u prilogu ovog dokumenta i čine njegov sastavni deo;
- saglasan/na da GRAWE osiguranje a.d.o. u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju može obrađivati podatke o ličnosti vezane za moje zdravstveno stanje; i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđujem.

.....
Mesto i datum.....
Potpis ugovarača osiguranja.....
Potpis osiguranika