

**POTVRDA ZA DJELATNIKA POSLOVNOG PARTNERA**  
**Alianz Zagreb d.d.**

**PODACI O POSLOVNOM PARTNERU**

Naziv sindikata: OPĆI SINDIKAT MUP-A  
Broj Ugovora : OS-0029/2014  
OIB: 78137360535  
Mjesto i adresa : ZAGREB, PETROVA 152

**PODACI O ČLANU SINDIKATA**

Prezime i ime \_\_\_\_\_  
OIB \_\_\_\_\_  
Mjesto i adresa stanovanja \_\_\_\_\_

**Ovjera poslovnog partnera (sindikata) – Žig i potpis**

**Potpis djelatnika:**

**Korištene su slijedeće usluge ALIANZ ZAGREB d.d.:**

**1. USLUGE OSIGURANJA**

Polica AO br. _____	_____	<b>kn</b>
Polica AK br. _____	_____	<b>kn</b>
Polica OIM br. _____	_____	<b>kn</b>
Polica ONS br. _____	_____	<b>kn</b>
Polica PR. ODG br. _____	_____	<b>kn</b>
Polica DZO br. _____	_____	<b>kn</b>
<b>Ukupno :</b>	_____	<b>kn</b>

**IZNOS POJEDINOG OBROKA** \_\_\_\_\_

**BROJ MJESEČNIH OBROKA** \_\_\_\_\_

Za Alianz d.d. [potpis i M. P.] \_\_\_\_\_

Djelatnik Partnera [potpis] \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

Izjavljujem da se od moje plaće ili naknade plaće za vrijeme bolovanja, koju primam od tvrtke svakog mjeseca ,počevši od narednog mjeseca , u slijedećih \_\_\_\_\_ mjeseci ,obustavlja na ime obročne naknade iznos za troškove osiguranja u korist žiro računa OS MUP-a. Suglasan sam da navedene obustave mogu prijeći i više od 1/3 moje plaće ili naknade. U slučaju dugotrajnog bolovanja(više od 42 dana) ili odlaska iz MUP-a ,obvezujem se da ću samostalno plaćati preostale neplaćene obroke.

Prvi dio Potvrde ispunjava ovlaštena osoba u sindikatu, a drugi dio djelatnik Alianz osiguranja d.d.. Jedan primjerak original Potvrde ostaje kod Alianz osiguranja d.d., a kopija popunjene Potvrde se uručuje članu sindikata prilikom ugovaranja usluga. Poslovnom partneru se uz mjesečni obračun dostavlja također kopija.