



## 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)