

ПОТВРДА ЗА ОТСУСТВО ОД РАБОТНО МЕСТО ПОРАДИ БОЛЕСТ (АУЗ)

(ја пополнува работодавецот)

БРОЈ НА ШТЕТА / АУЗ: _____	БРОЈ НА ПОЛИСА: _____
----------------------------	-----------------------

<p><u>Податоци за осигуреникот</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Име и Презиме 2. ЕМБГ 3. Датум на раѓање 4. Адреса на живеење 5. Социјално осигурување (податоци за државната институција соц.осигурување 6. Трансакциска сметка 7. Е-маил 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><u>Опис на работното место</u></p>	<p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Опис на штетен настан</p> <p><u>Со ова потврдувам дека осигуреникот бил отсутен од работното место поради болест</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Почеток на болеста 2. Траење на отсуството заклучно со 	<p>..... (датум)</p> <p>..... (датум)</p> <p>..... (датум), во денови</p>
---	---

<p>Назив на фирмата во која осигуреникот е вработен</p>	<p>..... телефон</p>																				
<p>Адреса на фирмата</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Поштенски број</td> <td style="text-align: center;">Место</td> <td colspan="8" style="text-align: center;">Улица и број</td> </tr> </table>											Поштенски број	Место	Улица и број							
Поштенски број	Место	Улица и број																			

<p>Работникот е вработен на неопределено време во фирмата од</p>	<p>.....</p>
<p>М.П.</p>	<p>Потпис на овластено лице и заверка со печатот на фирмата</p>

Со овој потпис потврдувам и се согласувам дека: Сите наведени податоци се точни и вистинити; Согласен сум ГРАВЕ Осигурување АД Скопје да ги собира, обработува, користи и ажурира моите лични податоци, вклучувајќи и ЕМБГ за целите на обработка на барањето, согласно член 10 од Законот за заштита на лични податоци; Согласен сум да се изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно одобрение од Агенцијата за заштита на личните податоци; Запознат/а сум дека наведените податоци претставуваат деловна тајна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти; Го овластувам ГРАВЕ Осигурување АД Скопје, да има пристап до моите лични податоци и медицински иследувања.

<p>Начин на пријава (заокружете) : а) по пошта б) во просториите на Друштвото в) електронска пошта г) друго _____</p>			
<p>.....</p>			
<p>Место и датум</p>			
<p>.....</p>	<p>М.П.</p>	<p>.....</p>	
<p>Потпис и печат на договарачот на осигурувањето</p>	<p>Потпис на осигуреникот</p>		