

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE

Toto potvrzení se vydává pro MAXIMA pojišťovnu, a.s., IČ 61328464

Tímto potvrzujeme, že

Pan(i) Rodné číslo

Bytem

je/byl(a) zaměstnancem naší společnosti od do

a nevykonává/nevykonával(a) profesní činnost z důvodu dočasné pracovní neschopnosti od do

V dne

Vystavil/a

Telefon

Razítko a podpis zaměstnavatele

Vyplněné potvrzení zašle pojištěný spolu s dalšími dokumenty uvedenými na Oznámení pojistné události na adresu MAXIMA pojišťovny, a.s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2 Vinohrady

