

Pristopna izjava za Kolektivno nezgodno zavarovanje



Spodaj navedeni in podpisani zavarovanec sem seznanjen in se strinjam, da je zavarovalec sklenil zavarovalno polico, ki obsega kritje za primer smrti in je upravičenec do izplačila vseh ostalih zavarovalnih rizikov (izključeno za primer nezgodne smrti ali smrti zaradi bolezni) navedenih v ponudbi.

| | |
|--------------------------------------|--|
| ŠTEVILKA ZAVAROVALNE POLICE: | |
| ZAVAROVALEC (podjetje): | |
| ZAVAROVANEC (zaposlena oseba) | |
| Ime in priimek: | |
| Datum rojstva: | |
| Davčna številka: | |
| Naslov bivanja, pošta, kraj: | |
| Podpis zavarovanca | |
| ZAVAROVANEC (zaposlena oseba) | |
| Ime in priimek: | |
| Datum rojstva: | |
| Davčna številka: | |
| Naslov bivanja, pošta, kraj: | |
| Podpis zavarovanca | |
| ZAVAROVANEC (zaposlena oseba) | |
| Ime in priimek: | |
| Datum rojstva: | |
| Davčna številka: | |
| Naslov bivanja, pošta, kraj: | |
| Podpis zavarovanca | |
| ZAVAROVANEC (zaposlena oseba) | |
| Ime in priimek: | |
| Datum rojstva: | |
| Davčna številka: | |
| Naslov bivanja, pošta, kraj: | |
| Podpis zavarovanca | |
| ZAVAROVANEC (zaposlena oseba) | |
| Ime in priimek: | |
| Datum rojstva: | |
| Davčna številka: | |
| Naslov bivanja, pošta, kraj: | |
| Podpis zavarovanca | |