

Odstopna izjava zavarovanca



Spodaj navedeni in podpisani zavarovanci, ne želijo biti vključeni v zavarovalno kritje po kolektivni zavarovalni polici.

ŠTEVILKA ZAVAROVALNE POLICE:	
ZAVAROVALEC (podjetje):	
ZAVAROVANEC (zaposlena oseba)	
Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Davčna številka:	
Podpis zavarovanca	
ZAVAROVANEC (zaposlena oseba)	
Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Davčna številka:	
Podpis zavarovanca	
ZAVAROVANEC (zaposlena oseba)	
Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Davčna številka:	
Podpis zavarovanca	
ZAVAROVANEC (zaposlena oseba)	
Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Davčna številka:	
Podpis zavarovanca	
ZAVAROVANEC (zaposlena oseba)	
Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Davčna številka:	
Podpis zavarovanca	
ZAVAROVANEC (zaposlena oseba)	
Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Davčna številka:	
Podpis zavarovanca	