

**IZJAVA
O IZGUBI POLICE**

Številka pogodbe: _____

Podatki o zavarovalcu (sklenitelju zavarovanja):

Ime in priimek:	
Naslov:	
Datum in kraj rojstva:	
Telefon/GSM:	E-mail:
Vrsta osebnega dokumenta: <input type="checkbox"/> potni list <input type="checkbox"/> osebna izkaznica <input type="checkbox"/> vozniška izkaznica	
Izdajatelj os. dok.:	Številka os. dok.:

Spodaj podpisani izjavljam, da zgoraj navedene izvirne police nisem odstopil – izročil, niti nisem pravic, ki izhajajo iz nje, prenesel na nikogar in jo s tem razglašam za neveljavno. Na podlagi navedenega ne morem sam, niti upravičenci, niti katerakoli druga oseba uveljaviti pravic na podlagi izvirne police.

Kraj in datum: _____

Podpis zavarovalca: _____
(če je to podjetje, tudi žig podjetja)

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: _____