

**OBRAZEC
NEZGODNO KOLEKTIVNO ZAVAROVANJE**

(priloga k ponudbi za kolektivno nezgodno zavarovanje pri produktu NZSKD in NZSKH)

Številka ponudbe:	Začetek zavarovanja:
--------------------------	-----------------------------

Zavarovalec, zavarovanec, posrednik oz. zastopnik s podpisom obrazca potrjujejo, da so pred podpisom obrazca v celoti in popolnoma pisno seznanili oz. bili pisno seznanjeni s podatki iz 522. in 545. člena Zakona o zavarovalništvu.

Zap. številka	Ime in priimek zavarovane osebe	Rojstni datum	Davčna številka	Ste popolnoma zdravi?	Podpis zavarovanca
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

¹ Izjavljam, da sem popolnoma zdrav/a in da nimam epilepsije, težkih živčnih obolenj, sladkorne bolezni, duševnih obolenj, prirojjenih bolezni ter bolezni srca ali ožilja. Izjavljam, da v zadnjih 5 letih nisem bil/a težje poškodovan/a in nimam obolenja hrbtenice. Prav tako nisem invalid, slep ali hrom. Če katera od trditev ne drži ali je zavarovana oseba odgovorila z NE, prosimo priložite zdravstveno dokumentacijo.

Zgoraj navedeni zavarovanci so:

- člani društva: _____
(se vpiše naziv društva - produkt NZSKH)
- v rednem delovnem razmerju v podjetju: _____
(se vpiše naziv podjetja - produkt NZSKD)
 - 1. nevarnostnem razredu (trgovsko, upravno, nadzorno administrativno delo,...)
 - 2. nevarnostnem razredu (fizično delo, upravljanje s stroji, stik z strupenimi, vnetljivimi snovni,...)

Za to zavarovanje veljajo Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje SPNZS 2015 ter Posebni pogoji PPNZSKH za produkt NZSKH oz. Posebni pogoji PPNZSKD za produkt NZSKD .

Kraj in datum: _____

Podpis odgovorne osebe in žig: _____

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: _____