

PRIJAVNICA

k polici Policijskega sindikata Slovenije za skupinsko nezgodno zavarovanje in nezgodno zavarovanje s pravno pomočjo sklenjeno pri Zavarovalnici Maribor d.d.

ZAVAROVANEC _____

NASLOV IN POŠTA _____

EMŠO _____ DAVČNA ŠTEVILKA _____

- | | | |
|--|-----------------------|----------|
| 1. samo nezgodno zavarovanje | mesečna premija _____ | EUR |
| 2. nezgodno zavarovanje s pravno pomočjo | mesečna premija _____ | EUR |
| 3. samo pravna zaščita, ker sem že nezgodno zavarovan, | mesečna premija | 3,20 EUR |

K zavarovanju prijavljam naslednje družinske člane:

I. ZAVAROVANEC _____

NASLOV IN POŠTA _____

EMŠO _____ DAVČNA ŠTEVILKA _____

- | | | |
|--|-----------------------|----------|
| 1. samo nezgodno zavarovanje | mesečna premija _____ | EUR |
| 2. nezgodno zavarovanje s pravno pomočjo | mesečna premija _____ | EUR |
| 3. samo pravna zaščita, ker sem že nezgodno zavarovan, | mesečna premija | 3,20 EUR |

II. ZAVAROVANEC _____

NASLOV IN POŠTA _____

EMŠO _____ DAVČNA ŠTEVILKA _____

- | | | |
|--|-----------------------|----------|
| 1. samo nezgodno zavarovanje | mesečna premija _____ | EUR |
| 2. nezgodno zavarovanje s pravno pomočjo | mesečna premija _____ | EUR |
| 3. samo pravna zaščita, ker sem že nezgodno zavarovan, | mesečna premija | 3,20 EUR |

III. ZAVAROVANEC _____

NASLOV IN POŠTA _____

EMŠO _____ DAVČNA ŠTEVILKA _____

- | | | |
|--|-----------------------|----------|
| 1. samo nezgodno zavarovanje | mesečna premija _____ | EUR |
| 2. nezgodno zavarovanje s pravno pomočjo | mesečna premija _____ | EUR |
| 3. samo pravna zaščita, ker sem že nezgodno zavarovan, | mesečna premija | 3,20 EUR |

Zavarovalno premijo bom plačeval-a (ustrezno obkrožite):

- A – po položnici

- B – preko trajnega naloga

V primeru plačila preko trajnika vam bomo poslali obrazec za pooblastilo banki.

Prijavnico poslati na naslov: HiL d.o.o., Pajkova ulica 9, 2000 Maribor (Pooblaščenca agencija Policijskega sindikata Slovenije, Zavarovalnice Maribor d.d. in Zavarovalnice ARAG d.d.)

Kraj: _____ Dne: _____

Podpis zavarovanca: _____