

ŽIADOSŤ O PRIJATIE / ODHLÁSENIE MENOVANEJ OSOBY DO / Z POISTENIA k poistnej zmluve číslo 080001496Poistník: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**

Por. č.	Meno a priezvisko poisteného	Dátum narodenia	Štátna príslušnosť	Kategória poistenej osoby - A, B	Pracovné zaradenie	Riziková skupina	Požadovaný	
							začiatok poistenia	koniec poistenia

Vyhlásenie poistníka:

Poistník potvrdzuje, že osoby uvedené v tejto Žiadosti spĺňajú podmienky podľa poistnej zmluvy. O menovaných poistených osobách, ktoré nepredložili vyplnený dotazník o zdravotnom stave poisteného, poistník potvrdzuje, že sa nepovažujú za osoby zo zdravotným postihnutím alebo neboli nepretržite práceneschopné v dôsledku choroby alebo úrazu dlhšie ako 4 týždne počas posledných 2 rokov.

Dňa:

V

.....
 pečiatka poistníka, meno, priezvisko
 a podpis oprávnenej osoby