

PRIJAVA – ODJAVA ZAVAROVANJA

za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

Obrazec M12

Podatki o ZAVEZANCU

Firma in sedež / osebno ime in prebivališče
Registrska številka

Podatki o ZAVAROVANJU IN ZAVAROVANI OSEBI

Razlog za zavarovanje:	Podlaga zavarovanja 0 5 0		
EMŠO	Datum začetka	Datum prenehanja	Vzrok
Priimek in ime	Šifra države		
EMŠO	Datum začetka	Datum prenehanja	Vzrok
Priimek in ime	Šifra države		
EMŠO	Datum začetka	Datum prenehanja	Vzrok
Priimek in ime	Šifra države		
EMŠO	Datum začetka	Datum prenehanja	Vzrok
Priimek in ime	Šifra države		
EMŠO	Datum začetka	Datum prenehanja	Vzrok
Priimek in ime	Šifra države		
EMŠO	Datum začetka	Datum prenehanja	Vzrok
Priimek in ime	Šifra države		

Kraj _____ dne _____

Izpolni ZZSZ	Datum prejema
	Prejel

Žig

Vložnik