

## IZJAVA O IZGUBI ZAVAROVALNE POLICE OZIROMA POTRDILA O VKLJUČITVI

Podpisani/a: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Davčna številka: \_\_\_\_\_

Številka zavarovalne police: \_\_\_\_\_

Izjavljam, da sem izgubil/a polico oziroma potrdilo o vključitvi Save pokojninske družbe, d.d.

Prosim za izdajo **dvojnika**.

Zavedam se posledic, ki bi lahko nastale v primeru, da bi zaradi neresnične izjave prišlo do zlorab in zanje prevzemam odgovornost.

Izjavi prilagam **kopijo osebnega dokumenta**.

**Izjavo pošljite na naslov:** Sava pokojninska družba, d.d., Ulica Vita Kraigherja 5, 2000 Maribor

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_