

KADROVSKA ZMOGLJIVOST

Gospodarski
subjekt:

Ime in priimek	Naziv delodajalca, delovno mesto in obdobje	Zavarovalne vrste (označi z x) v katerih ima oseba vsaj triletno izkušnje na področju obravnave zavarovalnih zahtevkov			
		Zavarovanje odgovornosti	Nezgodno zavarovanje	Avtomobilsko zavarovanje	Ostale zavarovalne vrste

Datum: _____

Žig:

Podpis:

Pogoj za sodelovanje velja samo za Sklop 1 in 2.
