

Prijava škode zdravstvenih zavarovanj

1. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:	Davčna številka:	ID stranke (G šifra):
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	ZZS številka:
Številka police:	Veljavnost od do	

2. PRILOŽENA DOKUMENTACIJA ZA ZAVAROVANJE

Zavarovanje:

Račun št.:

Dotatne priloge (v skladu s pogoji zavarovanja, npr. napotnica, nalog, naročilnica, recept, ipd.):

3. PODATKI ZA IZPLACILO ZAVAROVALNINE

Naziv banke:

Transakcijski račun: **SI56**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Opombe:

IZJAVA

Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop.

Kraj in datum:

Pooblaščenec AS - prevzemnik prijave:

Podpis zavarovane osebe:

Podpis prevzemnika: