Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana
Telefon: 080 20 60, ID za DDV Vzajemne: SI87984385, Matična št.: 1430521
Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, št. reg. vložka 1/32396/00
Osnovni kapital: 3.138.040,39 EUR, Št. transakcijskega računa: SI56 0310 0100 1698 245

VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

Obrazec za prekinitev zavarovanja

Prosimo, da natisnjen obrazec izpolnite ČITLJIVO s tiskanimi črkami in ga OBVEZNO podpišite. Obrazec pošljite na naš naslov (glejte poslovalnice Vzajemne).

Zavarovalec / zavarovanec: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Datum rojstva: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Davčna številka: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Številka KZZ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

Želim prekiniti (navedite vrsto zavarovanja in številko police/dodatka):

_____

_____

_____

_____

_____

Zavarovanje bo prekinjeno v skladu s splošnimi pogoji zavarovanja. V kolikor obstajajo objektivni razlogi za predčasno prekinitev zavarovanja, prosimo, da te navedete in vlogi priložite ustrezna dokazila (npr. izpis o izgubi statusa v OZZ, o težkem socialno-finančnem položaju, ipd.):

_____

_____

_____

_____

_____

Seznanjen sem, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na www.vzajemna.si.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

S-005 (Zahtevek za prekinitev zavarovanja, 2/2020)

Izpolni Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Kraj, datum: _____ Obrazec prevzel: _____