



Obrazec za vračilo premije

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

Podatki upravičenca za vračilo plačane premije

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Datum rojstva: . . Davčna številka: Številka KZZ:

(devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

Z izpolnitvijo in podpisom tega zahtevka prosim za vračilo plačane premije na spodaj naveden osebni račun.

Številka osebnega računa: SI56

Naziv banke: _____

Imetnik osebnega računa: _____

Številka KZZ: (devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

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: _____