

PRIJAVA
podatkov o zdravstvenem zavarovanju
in *zavarovanju za dolgotrajno oskrbo
družinskih članov

--

Potrditev prejema prijave

Podatki o NOSILCU ZAVAROVANJA

1	EMŠO	_____
2	PRIIMEK	_____
3	IME	_____

Podatki o ZAVAROVANI OSEBI

4	EMŠO	_____	5	Državljanstvo	_____
6	PRIIMEK	_____			
7	IME	_____			
8	Vrsta dogodka	1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	9	Vzrok odjave	_____
10	Datum dogodka	(dan, mesec, leto)	_____	11	Podlaga za zavarovanje
12	Sorodstvo	_____	13	Potrdilo o šolanju do	(dan, mesec, leto)
14	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka			
15		Številka in kraj pošte			16

Podatki o ZAVAROVANI OSEBI

4	EMŠO	_____	5	Državljanstvo	_____
6	PRIIMEK	_____			
7	IME	_____			
8	Vrsta dogodka	1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	9	Vzrok odjave	_____
10	Datum dogodka	(dan, mesec, leto)	_____	11	Podlaga za zavarovanje
12	Sorodstvo	_____	13	Potrdilo o šolanju do	(dan, mesec, leto)
14	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka			
15		Številka in kraj pošte			16

*Osebo se vključi v zavarovanje za dolgotrajno oskrbo pod pogojem, da je dopolnila starost 18 let.

Opombe:

Datum izpolnitve prijave

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis nosilca zavarovanja

POTRDILO O PRIJAVI
podatkov o zdravstvenem zavarovanju
in *zavarovanju za dolgotrajno oskrbo
družinskih članov

Potrditev prejema prijave

Podatki o NOSILCU ZAVAROVANJA

1	EMŠO	_____
2	PRIIMEK	
3	IME	

Podatki o ZAVAROVANI OSEBI

4	EMŠO	_____	5	Državljanstvo	_____
6	PRIIMEK				
7	IME				
8	Vrsta dogodka	1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	9	Vzrok odjave	_____
10	Datum dogodka	(dan, mesec, leto)	_____		
11	Podlaga za zavarovanje	_____	12	Sorodstvo	_____
13	Potrdilo o šolanju do	(dan, mesec, leto)	_____		
14	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka			
15		Številka in kraj pošte	16	Država	_____

Podatki o ZAVAROVANI OSEBI

4	EMŠO	_____	5	Državljanstvo	_____
6	PRIIMEK				
7	IME				
8	Vrsta dogodka	1 - Prijava 2 - Odjava 3 - Sprememba	9	Vzrok odjave	_____
10	Datum dogodka	(dan, mesec, leto)	_____		
11	Podlaga za zavarovanje	_____	12	Sorodstvo	_____
13	Potrdilo o šolanju do	(dan, mesec, leto)	_____		
14	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka			
15		Številka in kraj pošte	16	Država	_____

*Osebo se vključuje v zavarovanje za dolgotrajno oskrbo pod pogojem, da je dopolnila starost 18 let.

Opombe:

Datum izpolnitve prijave

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis nosilca zavarovanja