

POOBLASTILO

Podpisani _____
(ime, priimek)

stalno prebivališče _____
(kraj, ulica, hišna številka)

datum rojstva _____
(dan, mesec, leto)

sem poskrbel za pogreb pokojnika:

osebno ime _____
(ime, priimek)

stalno prebivališče _____
(kraj, ulica, hišna številka)

datum rojstva _____
(dan, mesec, leto)

in pooblašчам pogrebno podjetje:

za vložitev zahtevka za povračilo pogrebnine pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter prejem zneska pogrebnine.

Skladno z veljavnim predpisi, ki določajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, znaša pogrebna 507,12 EUR, za osebe umrle v tujini in pokopane v Republiki Sloveniji pa 760,68 EUR.

KZZ umrlega JE priložena.

KZZ umrlega NI priložena

zaradi _____.

V/na _____,

dne _____.

Podpis: _____