

## POOBLASTILO

Podjetje \_\_\_\_\_  
(naziv)

Sedež podjetja \_\_\_\_\_  
(kraj, ulica, hišna številka)

ID št. za DDV \_\_\_\_\_

smo poskrbeli za pogreb pokojnika:

Osebno ime \_\_\_\_\_  
(ime, priimek)

Stalno prebivališče \_\_\_\_\_  
(kraj, ulica, hišna številka)

Datum rojstva \_\_\_\_\_  
(dan, mesec, leto)

in pooblaščam 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: \_\_\_\_\_