

**IZJAVA**  
**O NASLOVU ZA POŠILJANJE KARTICE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN POBLASTILO ZA**  
**PREVZEM**

Spodaj podpisani/-a

<b>Podatki o zavarovancu/-ki (pooblastitelju/-ici)</b>	
Ime in priimek	
EMŠO oz. datum rojstva	

za namen izdaje in odpošiljanja kartice zdravstvenega zavarovanja (KZZ) ter potrdila, s katerim se začasno izkazuje lastnost zavarovane osebe in nadomešča KZZ do njene izdaje (Potrdilo KZZ), izjavljam, da:

- *naj* Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije KZZ in Potrdilo KZZ pošlje na spodaj navedeni naslov,
- *pooblašcam* spodaj navedenega pooblaščenca za prevzem KZZ in Potrdila KZZ

<b>Podatki o naslovu v RS za pošiljanje oziroma pooblaščenca/-ki *</b>	
Ime in priimek (zavarovanca/-ke ali pooblaščenca/-ke)	
Naziv/firma poslovnega subjekta** (opcijsko)	
Ulica in hišna številka	
Poštna številka in kraj	

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis zavarovanca/-ke: \_\_\_\_\_

\* Prosimo, da navedete točen naslov, na katerem je naslovník (zavarovanec/-ka ali pooblaščenec/-ka) dosegljiv in bo lahko prevzel poštno pošiljko. Če naslov ne bo pravilen ali naslovník na navedenem naslovu ni znan, bo pošiljka vrnjena na ZZS.