

ZDRAVNIŠKO POTRDILO

ZDRAVNIŠKO POTRDILO ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO POZABE PRI POGOJIH SKLENITVE ZAVAROVALNE POGODBE ALI KREDITNE POGODBE ZA NEPREMIČNINO

Osebi: _____
(ime, priimek in priimek ob rojstvu)

z datumom rojstva: _____

stanujoči: _____
(ulica, hišna številka, poštna številka, kraj)

se izdaja zdravniško potrdilo, da oseba izpolnjuje pogoj o koncu ali začetku aktivnega zdravljenja v skladu s prvim odstavkom 4. člena, od katerega je minilo obdobje v skladu s tretjim ali četrtim odstavkom 3. člena *Zakona o pravici oseb po prebolelem raku in določenih drugih boleznih do enakega dostopa do zavarovalnih in kreditnih produktov* (Uradni list RS, št. 41/2025; v nadaljnjem besedilu: ZPEDZKP) za uveljavljanje pravice do pozabe pri pogojih sklenitve in sklenitvi zavarovalne pogodbe ali kreditne pogodbe za nepremičnino.

Zdravniško potrdilo se izdaja na podlagi drugega odstavka 4. člena ZPEDZKP.

Zdravniško potrdilo velja šest mesecev od dneva izdaje.

Kraj in datum: _____

(lastnoročni podpis in žig izbranega osebnega zdravnika
ali varen elektronski podpis s kvalificiranim potrdilom)

Potrdilo je izročeno osebi, kopija pa shranjena v zdravstvenem kartonu.