



## ZAHTEVEK ZA MIROVANJE

### DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

natisnite, izpolnite in nam ga podpisanega skupaj z dokazilom pošljite na naslov vam najbližjega zastopstva (glejte Kontakti).

Podpisani \_\_\_\_\_, rojen dne \_\_\_\_\_, prosim za mirovanje zavarovalne pogodbe za dopolnilno zdravstveno zavarovanje številka \_\_\_\_\_ za obdobje od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

**Vzrok mirovanja (označi ☒):**

ŠOLANJE

IZGUBA STATUSA ZAVAROVANE OSEBE V  
OBVEZNEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

PRIPOR ALI PRESTAJANJE ZAPORNE KAZNI

PROSTOVOLJNO SLUŽENJE VOJAŠKEGA ROKA

UPRAVIČENOST DO KRITJA RAZLIKE DO POLNE  
VREDNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV IZ  
PRORAČUNA REPUBLIKE SLOVENIJE

DRUGO\* (vpiši) \_\_\_\_\_

**Dokazila:**

Potrdilo o šolanju

Izpis iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Kopija sklepa o odreditvi pripora ali  
potrdila o prestajanju zaporne kazni

Kopija poziva na prostovoljno služenje vojaškega roka

Kopija odločbe do denarne socialne pomoči ali  
odločbe pristojnega centra za socialno delo do kritja  
razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev

Številka transakcijskega računa: \_\_\_\_\_ (za primer vračila zavarovalne premije)

KRAJ IN DATUM \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

PODPIS ZAVAROVALCA/ZAVAROVANCA \_\_\_\_\_

IZPOLNI ZAVAROVALNICA

VNAŠALEC SPREMEMB V PROGRAMSKO OPREMO	IME IN PRIIMEK
	DATUM VNOSA SPREMEMB
	PODPIS

351.107.005.02