



## 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 OBVEZEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU
- PRIPOR ALI PRESTAJANJE ZAPORNE KAZNI ALI OBVEZEM ZDRAVLJENJU
- PROSTOVOLJNO SLUŽENJE VOJAŠKEGA ROKA
- UPRAVIČENOST DO KRITJA RAZLIKE DO POLNE VREDNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV IZ PRORAČUNA REPUBLIKE SLOVENIJE

**Dokazila:**

- Potrdilo o šolanju
- Izpis iz obveznega zdravstvenega zavarovanja
- Kopija sklepa o odreditvi pripora ali potrdila o prestajanju zaporne kazni ali sklepa o obvezni napotitvi na psihiatrično zdravljenje ali sklepa o obveznega zdravljenja odvisnosti od alkohola ali drog.
- 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