

**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 DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA po zavarovalni pogodbi številka  
\_\_\_\_\_ za obdobje od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

Vzrok mirovanja (označi <input checkbox"="" checked="" type="checkbox&gt;):&lt;/th&gt;&lt;th&gt;Dokazila:&lt;/th&gt;&lt;/tr&gt;&lt;/thead&gt;&lt;tbody&gt;&lt;tr&gt;&lt;td&gt;&lt;input type="/> ŠOLANJE <td>Potrjilo o šolanju.</td>	Potrjilo o šolanju.
<input type="checkbox"/> IZGUBA STATUSA ZAVAROVANE OSEBE V OBVEZNEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU	Izpis iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
<input type="checkbox"/> PRIPOR ALI PRESTAJANJE ZAPORNE KAZNI ALI OBVEZNEM ZDRAVLJENJU	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kopija sklepa o odreditvi pripora ali</li><li>• potrdila o prestajanju zaporne kazni ali</li><li>• sklepa o obvezni napotitvi na psihiatrično zdravljenje ali</li><li>• sklepa o obveznega zdravljenja odvisnosti od alkohola ali drog.</li></ul>
<input type="checkbox"/> PROSTOVOLJNO SLUŽENJE VOJAŠKEGA ROKA	Kopija poziva na prostovoljno služenje vojaškega roka.
<input type="checkbox"/> UPRAVIČENOST DO KRITJA RAZLIKE DO POLNE VREDNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV IZ PRORAČUNA REPUBLIKE SLOVENIJE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kopija odločbe do denarne socialne pomoči ali</li><li>• odločbe pristojnega centra za socialno delo do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev.</li></ul>

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

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

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

## IZPOLNI ZAVAROVALNICA

OBRAZEC PREVZEL	IME IN PRIIMEK	PODPIS	DATUM
VNAŠALEC SPREMEMB V PROGRAMSKO OPREMO	IME IN PRIIMEK	PODPIS	DATUM