Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana
Telefon: 080 20 60, ID za DDV Vzajemne: SI87984385, Matična št.: 1430521
Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, št. reg. vložka 1/32396/00
Osnovni kapital: 3.138.040,39 EUR, Št. transakcijskega računa: SI56 0310 0100 1698 245

VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

Obrazec za vzpostavitev mirovanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Prosimo, da natisnjen obrazec izpolnite ČITLJIVO s tiskanimi črkami in ga OBVEZNO podpišite. Obrazec pošljite na naš naslov (glejte poslovalnice Vzajemne).

Zavarovalec / Zavarovanec: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte v Sloveniji: _____

Datum rojstva: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Davčna številka: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Številka KZZ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

V skladu s splošnimi pogoji **dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prosim za mirovanje zavarovanja od** _____ **do** _____.
(navedite obdobje mirovanja)

Vzrok mirovanja na polici je (označite z X):

- ☐ pridobitev statusa študenta,
- ☐ bivanje v tujini,
- ☐ izguba ali sprememba statusa zavarovane osebe v RS,
- ☐ prestajanje zaporne kazni,
- ☐ drugo _____

Mirovanje se vzpostavi na osnovi dokazil, ki so obvezna priloga obrazcu (označite z X):

- ☐ potrdilo o vpisu,
- ☐ kopija vizuma, dokazilo o bivanju v tujini, dokazilo o urejenem zavarovanju v tujini, pogodba o zaposlitvi, o napotitvi na vojaško misijo
- ☐ izpis iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izdaja Zavod za zdravstveno zavarovanje,
- ☐ potrdilo o prestajanju zaporne kazni.

V kolikor bivate v tujini vam bomo odgovor poslali po elektronski pošti.

Prosimo zapišite naslov vaše elektronske pošte: _____

Pomembno: V kolikor imate urejen status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v RS in ste zavezanec za doplačila, se vam čas mirovanja po polici za dopolnilno zdravstveno zavarovanje šteje v dobo nezavarovanosti skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. To pa lahko povzroči ob ponovnem aktiviranju zavarovanja oziroma novi sklenitvi zavarovanja čakalno dobo oz. doplačilo v višini 3% za vsako nezavarovano leto.

Seznanjen sem, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na www.vzajemna.si.

Kraj in datum: _____ Podpis zavarovalca / zavarovanca: _____

Izpolni Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Kraj, datum: _____ Obrazec prevzel: _____