

VLOŽNIK

Ime in priimek stranke

EMŠO

Naslov

Telefon

Zakoniti zastopnik, začasni zastopnik, pooblaščenec

UPRAVNA ENOTA

ZAHTEVA ZA PRIZNANJE PRAVICE DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Podpisani/a _____, rojen/a dne _____,
stanujoč/a _____, prosim za priznanje pravice do
plačila zdravstvenih storitev v višini razlike do polne vrednosti storitev zagotovljenih v okviru
obveznega zavarovanja po Zakonu o vojnih invalidih, Zakonu o vojnih veteranih oziroma Zakonu o
žrtvah vojnega nasilja (ustrezno podčrtajte).

Za namen uveljavitve pravice navajam naslednje podatke (ustrezno obkrožite in dopišite):

- zavarovalnica, kjer imam sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ)

_____,
- številka kartice zdravstvenega zavarovanja _____.

Uveljavljam povrnitev že plačanih premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje od priznanja pravice
do zdravstvenega varstva do vključitve v zdravstveno zavarovanje, zato prilagam in navajam:

- dokazila o plačilu premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje,

- številka osebnega računa _____,

- osebni račun imam odprt pri _____.

Datum: _____

(podpis vložnika)

Vloga je takse prosta po 108. členu ZVojl.