

VLOŽNIK

ime in priimek _____

EMŠO – stranke _____

zakoniti zastopnik, začasni zastopnik, pooblaščenec _____

EMŠO – zastopnik _____

naslov _____

telefon _____

UPRAVNA ENOTA

ZAHTEVA ZA PRIZNANJE PRAVICE DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Podpisani/a _____, rojen/a dne _____,
stanujoč/a _____, davčna št. _____,
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.