Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
Pristaniška ulica 10
6000 Koper-Capodistria

T: 080 26 64
E: info@triglavzdravje.si
S: www.triglavzdravje.si

ZAHTEVEK ZA MIROVANJE ZAVAROVANJA DOPOLNILNO

Podpisani/a _____, rojen/a dne _____, prosim za mirovanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja po zavarovalni pogodbi številka _____ za obdobje od _____ do _____.

Vzrok mirovanja (označi ☒)	**Dokazila**
☐ ŠOLANJE	Potrdilo o šolanju.
☐ IZGUBA STATUSA ZAVAROVANE OSEBE V OBVEZNEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU	Izpis iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
☐ PRIPOR ALI PRESTAJANJE ZAPORNE KAZNI ALI OBVEZNO ZDRAVLJENJE	• Kopija sklepa o odreditvi pripora ali • potrdila o prestajanju zaporne kazni ali • sklepa o obvezni napotitvi na psihiatrično zdravljenje ali • sklepa o obveznem zdravljenju odvisnosti od alkohola ali drog.
☐ PROSTOVOLJNO SLUŽENJE VOJAŠKEGA ROKA	Kopija poziva na prostovoljno služenje vojaškega roka.
☐ UPRAVIČENOST DO KRITJA RAZLIKE DO POLNE VREDNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV IZ PRORAČUNA REPUBLIKE SLOVENIJE	• Kopija odločbe do denarne socialne pomoči ali • odločbe pristojnega centra za socialno delo do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev.
☐ ODHOD IZ RS/BIVANJE V TUJINI	Dokazilo o odhodu v tujino (kopija letalske karte, dokazilo o bivanju, ...)

Številka transakcijskega računa za primer vračila zavarovalne premije
SI56 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Telefon_____ E-naslov_____

Kraj in datum_____, _____

Podpis zavarovalca/zavarovanca_____

Podpisani zahtevek nam skupaj z dokazilom pošljite na info@triglavzdravje.si ali po pošti na naslov Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper – Capodistria. Vaš zahtevek bomo uredili najkasneje v roku osmih (8) dni od prejema pravilno izpolnjenega obrazca z ustreznimi dokazili.

ISO 9001 Q-1409

Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper-Capodistria,
matična št.: 5848091000, ID za DDV: SI50250957,
Okrožno sodišče v Kopru, reg. vl. 1/06376/00, osnovni kapital: 25.822.143,60 EUR.

351.107.005.06