



**VZAJEMNA**  
zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

## ZAHTEVK ZA MIROVANJE POLICE

**za prostovoljno zdravstveno zavarovanje** izpolnite, natisnite in nam ga podpisanega pošljite na naslov vaše najbližje poslovalnice (glejte Poslovna mreža Vzajemne)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Številka KZZ (9-mestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja): \_\_\_\_\_

Ulica in hišna številka: \_\_\_\_\_

Poštna številka in kraj: \_\_\_\_\_

ŠTEVIKA POLICE: \_\_\_\_\_ (izpolni zavarovalnica)

V skladu s splošnimi pogoji za dopolnilno zdravstveno zavarovanje oz. s posebnimi pogoji za prostovoljno zdravstveno zavarovanje

**prosim za mirovanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja po navedeni polici**

**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,
- upravičenec do denarne socialne pomoči po predpisih o socialnem varstvu oz. do kritja doplačil iz proračuna (določbe 15. člena ZZVZZ-K),
- prestajanje zaporne kazni,
- drugo \_\_\_\_\_

**Kot dokazilo prilagam** (označite z X):

- potrdilo o vpisu,
- kopijo vizuma, police zavarovanja za tujino, podpisano izjavo o odsotnosti,
- izpis iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izdaja Zavod za zdravstveno zavarovanje,
- odločbo Centra za socialno delo,
- potrdilo o prestajanju zaporne kazni.

\_\_\_\_\_  
Kraj in datum

\_\_\_\_\_  
Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

(izpolni zavarovalnica)

Obrazec prevzel: \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

**Sprememba izvedena dne:** \_\_\_\_\_ **Podpis:** \_\_\_\_\_