

IV. **Želim, da mi premijo za dodatno zdravstveno zavarovanje pri** Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije – Vzajemna zavarovalnica, enota _____, št. police: _____, odtegujete od nadomestila. Premijo imam plačano do _____.

V. **PRAVICO DO DELNEGA PLAČILA ZA IZGUBLJENI DOHODEK UVELJAVLJAM Z DNEM** _____

V _____, dne _____

Podpis vlagatelja/ice:

IZJAVA O NAKNADNI PREDLOŽITVI DOKAZIL*:

Izjavljam, da bom na zahtevo pristojnega centra predložil/a *(ustrezno obkrožite)*:

- a) odpoved pogodbe o zaposlitvi
- b) pogodbo o zaposlitvi s krajšim delovnim časom
- c) potrdilo o prenehanju vodenja v evidenci brezposelnih oseb

Datum: _____

Podpis vlagatelja/ice: _____

*Izpolni vlagatelj, ki v času uveljavljanja pravice še nima navedenih dokazil o prekinitvi delovnega razmerja ali izbrisu iz registra brezposelnih oseb

PRILOGE:

- fotokopija zdravstvene dokumentacije
- odpoved pogodbe o zaposlitvi
- potrdilo o prenehanju vodenja v evidenci brezposelnih oseb
- strokovno mnenje na podlagi predpisa o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami
- fotokopijo dokumenta iz katerega je razvidna številka transakcijskega računa