



IZJAVA O ČASU POTOVANJA DO/OD IZVAJALCA ZDRAVSTVENIH STORITEV

_____, rojen-a _____,
(ime in priimek zavarovane osebe) (datum rojstva)

stanujoč-a _____,
(naslov prebivališča)

za namen ugotavljanja začasne zadržanosti od dela zaradi uveljavljanja zdravstvene storitve

☐ zame

☐ zaradi spremstva osebe: _____, roj. _____
(ime in priimek povezane zavarovane osebe, ki potrebuje spremstvo) (datum rojstva povezane osebe)

i z j a v l j a m,

I.

- da sem zaradi potovanja k izvajalcu zdravstvenih storitev, kjer sem opravil zdravstveno storitev za sebe oziroma zaradi potovanja k izvajalcu zdravstvenih storitev, kamor sem spremljal drugo zavarovano osebo,

porabil _____ ur, dne _____.
(datum spremstva)

Razlog, da je dejanski čas potovanja presegel običajni čas potovanja:

_____.

II.

- da sem seznanjen-a, da **ZZZS** v postopku direktnega izplačila nadomestila oz. povračila nadomestila delodajalcu preverja pravilnost ter resničnost posredovanih podatkov. Če **ZZZS** naknadno ugotovi, da posredovani podatki niso resnični, lahko zahteva povračilo neupravičeno izplačanega nadomestila plače od zavarovane osebe. V primeru posredovane lažne izjave oz. listine je zavarovana oseba tudi kazensko odgovorna.
- da sem seznanjen-a, da v kolikor zdravstvena storitev ni bila izvedena v breme **ZZZS** (samoplačniška zdravstvena storitev) do nadomestilo za spremstvo nisem upravičen-a.

v _____, dne _____
(kraj) (datum)

(podpis zavarovane osebe)