



IZJAVA O ČASU POTOVANJA DO/OD IZVAJALCA ZDRAVSTVENIH STORITEV

Ime in priimek zavarovane osebe: _____

Datum rojstva: _____

Naslov prebivališča: _____

Za namen ugotavljanja začasne zadržanosti od dela zaradi uveljavljanja zdravstvene storitve:

☐ zame

☐ zaradi spremljanja osebe: _____, roj. _____

IZJAVLJAM:

- 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.

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

- da sem seznanjen/-a, da ZZZS v postopku direktnega izplačila nadomestila oziroma 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.

Kraj: _____

Datum: _____

Podpis zavarovane osebe: _____