Navodilo za izpolnjevanje izjave

Prosimo, da izjavo pozorno preberete in izpolnite manjkajoče rubrike ter označite okvirček (kdo je uveljavljal zdravstveno storitev). En izvod izpolnjene izjave oz. kopijo shranite, original oz. drugi izvod pa izročite izvajalcu, ki bo izdal elektronsko potrdilo o zadržanosti od dela.

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 dne _____ 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:

  _____

  _____.

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.**

v_____, dne_____ _____
(kraj) (datum) (podpis zavarovane osebe)