

Obrazec je namenjen seznanitvi zavarovane osebe z upravičenostjo do bolniškega staleža zaradi spremstva (eBOL – razlog 09). Prosimo, da izjavo pozorno preberete in izpolnite manjkajoče rubrike ter izjavo pošljite ali izročite izbranemu osebnemu zdravniku otroka.



IZJAVA UPRAVIČENCA ZA UVELJAVLJANJE SPREMSTVA ZAVAROVANE OSEBE NA POTI DO IZVAJALCA ZDRAVSTVENIH STORITEV

_____, rojen-a _____,
(ime in priimek upravičenca do spremstva- mama)

_____, rojen-a _____,
(ime in priimek upravičenca do spremstva- oče)

Stanujoč-a _____

Za namen ugotavljanja upravičenosti izdaje listine » Potrdilo o spremstvu zavarovane osebe na poti do izvajalca zdravstvenih storitev«, ki je podlaga za izplačilo nadomestila začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka:

_____, rojenega _____,
(ime in priimek otroka)

KDAJ MI PRIPADA STALEŽ ZARADI SPREMSTVA:

- če je otrok mlajši od 15 let.
- če gre za zdravstveno storitev, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje.
- Pravica do spremstva se izda **le za toliko časa, kot je potrebno, da se določena zdravstvena storitev opravi**. Pri tem se upošteva tudi ure, ki so potrebne za prihod z dela oziroma na delo. Spremstvo ne pomeni avtomatično odsotnost z dela za cel delovni dan, ampak bolj običajno samo za določene ure.

KDAJ MI STALEŽ NE PRIPADA:

- če gre za samoplačniško storitev
- če je otrok dopolnil 15 let in ne potrebuje spremstva zaradi zdravstvenega stanja.

Ali je zdravstveno stanje otroka tako, da potrebuje spremljevalca na poti do izvajalca zdravstvenih storitev, presodi osebni zdravnik **PRED** samim potovanjem. V izjemnih primerih lahko zdravnik spremstvo dodeli naknadno po samem potovanju. V kolikor spremstvo ne bo odobreno pred samim pregledom, vam ga kasneje ne moremo izdati.

S podpisom potrjujem, da sem bil/a seznanjen/a s pogoji in obsegom pravice do začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva in razumem, da mi stalež pripada le v navedenih primerih. Izjavljam, da so podatki resnični.

Datum _____

Podpis zavarovane osebe: _____