



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

**Vloga za ponovno izdajo ušesnega vložka  
v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja**

**I. Podatki o zavarovani osebi, ki uveljavlja pravico do ponovne izdaje ušesnega vložka**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Rojstni datum: \_\_\_\_\_

(dan, mesec in leto)

(zzzs št. zavarovane osebe)

Naslov: \_\_\_\_\_

(kraj, ulica in hišna številka)

(poštna številka in pošta)

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_, Telefonska št.: \_\_\_\_\_

**II. Podatki o vložniku (-ici)<sup>1</sup>**

(navede se oseba, ki podaja vlogo namesto zavarovane osebe, npr.: starš, zakonec, druga pooblaščenca oseba)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

(razmerje do osebe starši, otroci, partnerji, pooblaščenca)

Naslov: \_\_\_\_\_

(kraj, ulica in hišna številka)

(poštna številka in pošta)

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_, Telefonska št.: \_\_\_\_\_

Pooblastilo priloženo (ustrezno obkrožiti)<sup>2</sup>: DA NE

**III. Obrazložitev vlog s strani zavarovane osebe**

Potreba po novem ušesnem vložku je ugotovljena (obkrožiti) ob:

- kontrolnem pregledu slušnega aparata,
- prilagoditvi oz. nastavitvi slušnega aparata,
- čiščenju slušnega aparata, 6-krat v času življenjske dobe,
- težave z ušesnim vložkom,
- drugo

**III. Vzroki za ponovno izdajo ušesnega vložka (izpolni dobavitelj)**

Utemeljitev dobavitelja za ponovno izdajo ušesnega vložka (levo in desno ločeno):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naziv vrste ušesnega vložka (obkrožiti stran in šifro)

- 1655 Ušesni vložek -levo
- 1656 Ušesni vložek -desno

Naziv dobavitelja: \_\_\_\_\_

Številka \_\_\_\_\_, ki jo je dodelil sistem On-line.

Pooblaščenca oseba dobavitelja (ime, priimek, podpis): \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

V/na \_\_\_\_\_

Podpis vložnika (-ice) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Izpolniti le v primeru, če vložnik (-ica) ni zavarovana oseba, ki je uveljavljala povračilo stroškov MP

<sup>2</sup> Izpolniti, če zahtevo vlaga pooblaščenca oseba