



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzss.si



JÁRULÉKVISSZATÉRÍTÉSI IGÉNY

I. A járulékvisszatérítést igénylő biztosított személy adatai:

Név és utónév: _____

SZEBI szám: _____ vagy SZEMÉLYAZONOSÍTÓ szám: _____

Cím: _____
(utca, házsám, postai irányítószám és település)

E-mail*: _____ Telefonszám*: _____

II. Bankszámla, amelyre történik a járulékvisszafizetés folyósítása:

Bankszámlaszám: **SI56** _____ - _____ - _____ - _____

A bank azonosítószáma (SWIFT BIC): _____

Csak abban az esetben kitölteni, ha a biztosított nem a feltüntetett bankszámla tulajdonosa

A bankszámla tulajdonosának neve és utóneve

Cím: _____
(utca, házsám, postai irányítószám és település)

Kelt: _____, _____.
(hely) (dátum) _____
(a biztosított személy aláírása)

* Az e-mail cím és a telefonszám feltüntetése nem kötelező.

Az igénnyel közvetített adatokat a SZEBI kizárólag a járulékvisszatérítési igény teljesítésének érdekében dolgozza fel. A Szlovén Egészségbiztosítási Intézet a Személyes adatokról szóló törvénnyel összhangban személyes adatokt kezelése és feldolgozása tekintetében, biztosítja a megfelelő adatvédelmi eljárásokat. A biztosítottnak joga van betekinteni saját személyes adataiba. A betekintési igényt a dpo@zzss.si e-mail címre szükséges közvetíteni.

A SZEBI tölti ki (teljesített folyósítás után)

Visszatérítés összege: _____

Elszámolta (Név és utónév, aláírás): _____

Dátum: _____

Kifizette (Név és utónév, aláírás): _____

Dátum: _____