

Izjava zdravnika o neozdravljivi bolezni ali poškodbi in kratki prognozi življenjske dobe

Spodaj podpisani/a zdravnik/ca _____,
specialist/ka _____,
zaposlen/a pri _____,

na podlagi pregleda zdravstvene dokumentacije in osebnega pregleda izjavljam, da je:

Ime in priimek zavarovanca: _____
Datum rojstva: _____
Naslov stalnega prebivališča: _____

(označi)

☐ zbolel/a za hudo boleznijo, ki je po trenutnih medicinskih spoznanjih neozdravljiva
☐ utrpel/a hudo poškodbo, zaradi katere je zdravstveno stanje resno in napredujoče.

Na podlagi poteka bolezni, kliničnih ugotovitev in razpoložljivih medicinskih izvidov zdravstvena prognoza kaže na kratko preostalo življenjsko obdobje.

To mnenje se izdaja v skladu z 9. in 10. odstavkom 221. členom Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-20) za namen uveljavljanja pravice do izplačila odkupne vrednosti sredstev iz kolektivnega pokojninskega zavarovanja:

(9) Ne glede na prvi odstavek tega člena lahko član kolektivnega zavarovanja v primeru izstopa iz zavarovanja od upravitelja zahteva izplačilo odkupne vrednosti premoženja z njegovega osebnega računa v enkratnem znesku:

- če je uveljavil invalidsko pokojnino, ali
- če je zbolel za hudo boleznijo, ki je neozdravljiva, ali se je hujše poškodoval, in mu zdravniki napovedujejo le še kratko obdobje življenja.

(10) O upravičenosti do izplačila iz prejšnjega odstavka odloča upravitelj pokojninskega sklada na podlagi dokončne odločbe o priznani pravici do invalidske pokojnine ali na podlagi mnenja zdravnika člana kolektivnega zavarovanja.

v _____, dne _____

Podpis zdravnika/ce: _____
Ime in priimek zdravnika/ce (tiskano): _____

Žig zdravstvene ustanove: