

IZJAVA

Ja, _____ OIB _____,
ovim putem izjavljujem da želim raskinuti ugovor o dopunskom zdravstvenom
osiguranju (polica, broj _____, a kako bih se osigurao temeljem Ugovora o
poslovnoj suradnji u dopunskom zdravstvenom osiguranju, sklopljenog između
Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i _____.

(mjesto i datum)

(potpis osiguranika)

(potpis i ovjera ugovaratelja)