

Ime i
prezime:

| |
|--|
| |
|--|

Adresa:

| |
|--|
| |
|--|

OIB ili MBG

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Broj police:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

KLASA:

| |
|--|
| |
|--|

URBROJ:

| |
|--|
| |
|--|

DATUM:

| |
|--|
| |
|--|

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Regionalni ured _____, Područna služba _____
DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

ZAHTJEV

za povrat preplaćene premije dopunskog zdravstvenog osiguranja

- Dana _____
- umro je osiguranik _____ (dokaz: smrtni list, rješenje o nasljeđivanju);
 - istekao je otkazni rok ugovoru o dopunskom zdravstvenom osiguranju; (dokaz: uvid u službenu evidenciju Zavoda);
 - ostvario sam pravo na dopunsko zdravstveno osiguranje na teret sredstava državnog proračuna Republike Hrvatske (dokaz: polica/iskaznica broj _____);
 - raskinuta je polica _____ radi sklapanja novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (nastavno osiguranje) te je ugovorena broj: _____
 - s novim ugovarateljem _____;
 - zbog obustave isplate mirovine radi zaposlenja (dokaz: uvid u službenu evidenciju Zavoda)
 - zbog odlaska u mirovinu
 - zbog više uplaćenog iznosa premije (dokaz: uvid u službenu evidenciju Zavoda)
 - HB iskaznica

Budući da je po polici, broj gornji, uplaćena premija do _____, molim Naslov da isplati razliku između plaćene premije i premije pripadajuće razdoblju do raskida ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (poništenja police). Iznos molim uplatiti na tekući račun koji se vodi u _____ IBAN/ žiro račun _____, odnosno poštanskom uputnicom na gornju adresu.

Prilog: Preslika osobne iskaznice i kartice tekućeg računa te IBAN uz račun podnositelja

(potpis podnositelja zahtjeva)

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured _____, Područna služba _____

Službena zabilješka

Nakon uvida u priložene dokaze i službenu evidenciju Zavoda, pozivom na članak 99. Zakona o općem upravnom postupku,

r i j e š e n o j e

_____ priznaje se pravo na povrat preplaćene premije dopunskog zdravstvenog osiguranja, za razdoblje od _____ do _____ u iznosu od _____, na teret sredstava dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Mjesto i datum: _____

Ime i prezime referenta: _____
(popuniti čitko velikim slovima)

(potpis službene osobe)