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 raskidom administrativne zabrane na mirovinu za plaćanje premija dopunskog zdravstvenog osiguranja

Molim Naslov da izvijesti Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, Područna služba u _____, da izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da želim raskid administrativne zabrane na mirovinu za plaćanje premija dopunskog zdravstvenog osiguranja iz razloga

_____

_____

U_____, datum_____

_____
(potpis podnositelja zahtjeva)