

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Regionalni ured / Područna služba \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(adresa)

Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje

Područnoj službi / Područnom uredu u \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(adresa)

Središnjoj službi \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(adresa)

## Administrativna zabrana na mirovini za plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_ MBG \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta \_\_\_\_\_

dajem

### Ovlaštenje

Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje da provodi obustavu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja prema polici broj \_\_\_\_\_ od moje mirovine pod brojem OB \_\_\_\_\_ počevši od \_\_\_\_\_ u iznosu od \_\_\_\_\_ kn, redovito mjesečno sve do opoziva, u korist računa Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje HR33 1001 0051 5502 0000 2.

Korisnik mirovine - osiguranik dopunskog  
zdravstvenog osiguranja

Ovlaštena osoba korisnika  
administrativne zabrane

\_\_\_\_\_  
(potpis)

\_\_\_\_\_  
(pečat i potpis)

Mjesto i datum, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .

Za istinitost podataka koji se odnose na obvezu obustave i istovjetnost potpisa korisnika mirovine - osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja prema polici s navedenim brojem jamči umirovljenik i ovlaštena osoba korisnika administrativne zabrane.

#### UPUTA ZA POPUNJAVANJE

Korisnik mirovine popunjava osobne podatke, osobni broj i adresu nadležne službe Zavoda iz rješenja o priznanju prava na mirovinu, uz vlastoručni potpis. Korisnik administrativne zabrane popunjava podatke o broju police i premiji osiguranja uz obavezan potpis ovlaštene osobe i pečat.