

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Regionalni ured/Područna služba _____

Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje
Područnoj službi/uredu u _____

(adresa)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ OIB _____

Adresa prebivališta _____

SUGLASNOST ZA OBUSTAVU IZ MIROVINE

Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje dajem suglasnost da od moje mirovine pod brojem OB _____ u iznosu od _____ kn provodi obustavu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja prema polici broj _____ **redovito mjesečno, sve do opoziva**, u korist računa dopunskog zdravstvenog osiguranja **IBAN HR3310010051550200002**.

Potvrđujem da sam prije potpisa ove SUGLASNOSTI upoznat/a s obvezom korištenja mojih osobnih podataka radi provedbe obustave na mirovini u korist moje police dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Korisnik mirovine - osiguranik dopunskog zdravstvenog osiguranja

(potpis)

Ovlaštena osoba HZZO-a

(pečat i potpis)

U _____ 20__.

Osobni podaci iz ove SUGLASNOSTI obrađuju se u skladu s člankom 6. Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka).

UPUTA ZA POPUNJAVANJE

Korisnik mirovine popunjava osobne podatke, osobni broj (OB) i adresu nadležne službe Zavoda iz rješenja o priznanju prava na mirovinu, uz vlastoručni potpis.

Ovlašteni radnik HZZO-a popunjava podatke o broju police i iznosu premije osiguranja, uz obvezan potpis i pečat.

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 HZZO-a.