

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/\_\_\_\_\_ EUR\* 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.*

\* 7,53450 je fiksni tečaj konverzije