Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje | Croatian Health Insurance Fund | Dopunsko zdravstveno osiguranje

PONUDA ZA SKLAPANJE UGOVORA O POSLOVNOJ SURADNJI U DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Ugovaratelj: (naziv i sjedište)

_____

_____

_____

_____

MB ili MBG/OIB ugovaratelja

_____

Ime, prezime i dužnost osobe ovlaštene za sklapanje ugovora

Popunjava Zavod

_____

Broj ponude

_____

Dospijeće police

IZNOS GODIŠNJE PREMIJE:
111,49 EUR/840,00 kn*

UVJETI PLAĆANJA[1]:
a) mjesečno
b) tromjesečno
c) polugodišnje
d) godišnje

FAKTURIRATI[2]:
na papiru – e-mail adresom _____

BROJ OSIGURANIH OSOBA: | | | | | | |

Mjesto i datum:

_____

Pečat i potpis ugovaratelja:

_____

PRILOG:
Popis radnika

Napomena:
- Za sklapanje ugovora nadležan je mjesno nadležni regionalni ured/područna služba Zavoda.
- U slučaju da ugovaratelj ima poslovne jedinice na području više regionalnih ureda/područnih službi Zavoda, za sklapanje ugovora nadležna je Direkcija Zavoda, a za izdavanje polica regionalni ured/područna služba po adresi poslovne jedinice ugovaratelja. Stoga ugovaratelj obavezno Popis radnika i članova obitelji sačinjava prema mjestu rada radnika.
- U slučaju da se iz ponude ne da zaključiti prava namjera ponuditelja ili njegov identitet, Zavod će takvu ponudu odbiti.

* 7,53450 je fiksni tečaj konverzije

1 obvezno zaokružiti samo jednu od ponuđenih mogućnosti, u protivnom se pretpostavlja mogućnost pod a)
2 obvezno zaokružiti, u protivnom osiguravatelj pridržava pravo izbora načina fakturiranja