



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Dopunsko
zdravstveno
osiguranje

PONUĐA ZA SKLAPANJE
UGOVORA O DOPUNSKOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Ukoliko su osiguranik i ugovaratelj ista osoba, popunjavaju se samo podaci za osiguranika. Popunjavanje podataka o e-mail adresi i broju mobitela nije obvezno.

Osiguranik: (osoba koja sklapa ugovor o osiguranju)

Ime i prezime

Ulica i broj

Broj pošte, naselje

e-mail adresa želim primiti obavijest putem e-maila

Broj mobitela želim primiti obavijest putem mobitela

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Broj osigurane osobe u Zavodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MBO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Broj prethodno važeće police (u slučaju nastavnog osiguranja)

Ugovaratelj: (osoba koja preuzima plaćanje premije)

I.

Ime i prezime

Ulica i broj

Broj pošte, naselje

e-mail adresa želim primiti obavijest putem e-maila

Broj mobitela želim primiti obavijest putem mobitela

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OIB

II.

Republika Hrvatska prema članku 14. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

IZNOS GODIŠNJE PREMIJE *

1. OSIGURANIK- UMIROVLJENIK _____ 111,49 EUR

Suglasnost za obustavu iz mirovine kod HZMO DA NE

2. OSIGURANIK - OSTALI _____ 111,49 EUR
(radnici, obrtnici, članovi obitelji poljoprivrednici i dr.)

3. osiguranik koji udovoljava uvjetima iz članka 14.a Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, premiju plaća državni proračun RH

Zaokružite samo jednu mogućnost - u protivnom ponuda će biti odbijena.
Osobe pod 3) mogu se informirati kod ovlaštenog službenika o potrebnoj dokumentaciji.

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da su gore navedeni osobni podaci točni, te ovlašćujem Zavod da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti, kao i prikupljati nove podatke radi sklapanja/provođenja/raskida ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Upisivanjem broja mobilnog telefona i/ili adrese elektroničke pošte dajem privolu, odnosno izričitu suglasnost Zavodu na primanje obavijesti i informacija od Zavoda, te obavijesti i informacija koje Zavod prima od drugih ugovornih subjekata Zavoda u svezi ostvarivanja zdravstvene zaštite osigurane obveznim, odnosno dopunskim zdravstvenim osiguranjem.

Mjesto i datum:

Potpis osiguranika / ugovaratelja:

(ukoliko su osiguranik i ugovaratelj različite osobe, ponudu potpisuju oboje)

* Iznos godišnje premije plativ je u mjesečnim obrocima.

VAŽNE NAPOMENE:

Ova ponuda podnosi se za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju za osigurateljna razdoblja iz točke VIII. i XIV. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju otisnutih na poleđini ponude.

Ispunjenu ponudu zainteresirane osobe mogu dostaviti mjesno nadležnim regionalnim uredima, područnim službama i ispostavama Zavoda na jedan od sljedećih načina:

- poštom na adresu regionalnog ureda, područne službe ili ispostave,
- neposredno - predajom ovlaštenom službeniku ili ubacivanjem u posebno označene sandučice na mjestima prijavljivanja

