



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Dopunsko
zdravstveno
osiguranje

**PONUĐA ZA SKLAPANJE UGOVORA
O POSLOVNOJ SURADNJI U DOPUNSKOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

Ugovaratelj: (naziv i sjedište)

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

MBS/OIB ugovaratelja

Ime, prezime i dužnost osobe ovlaštene za sklapanje ugovora

IZNOS GODIŠNJE PREMIJE:

180,00 EUR

UVJETI PLAĆANJA¹:

- a) mjesečno
- b) tromjesečno
- c) polugodišnje
- d) godišnje

FAKTURIRATI²:

na papiru – e-mail adresom _____

BROJ OSIGURANIH OSOBA:

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

Popunjiva Zavod

Broj ponude

Dospijeće police

Mjesto i datum:

Pečat i potpis ugovaratelja:

PRILOG:

Popis radnika

Napomena:

- Za sklapanje ugovora nadležan je mjesno nadležni područni ured Zavoda.
- U slučaju da ugovaratelj ima poslovne jedinice na području više područnih ureda Zavoda, za sklapanje ugovora nadležna je Direkcija Zavoda, a za izdavanje polica područni ured 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.

1 obvezno zaokružiti samo jednu od ponuđenih mogućnosti, u protivnom se pretpostavlja mogućnost pod a)

2 obvezno zaokružiti, u protivnom osiguratelj pridržava pravo izbora načina fakturiranja