

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Područni ured _____

Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje
Područnoj službi u _____

(adresa)

Središnjoj službi _____

(adresa)

**ADMINISTRATIVNA ZABRANA NA MIROVINI ZA PLAĆANJE PREMIJE
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ OIB _____ MBG _____

Adresa prebivališta _____

dajem

OVLAŠTENJE

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

Korisnik mirovine - osiguranik dopunskog zdravstvenog osiguranja

(potpis)

Ovlaštena osoba Korisnika administrativne zabrane

(pečat i potpis)

Mjesto i datum, _____ 20__.

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 Korisnika administrativne zabrane.

NAPOMENA

Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje ne priznaje obustavljene premije dopunskog zdravstvenog osiguranja kao izdatak pri obračunu predujma poreza na dohodak, te umirovljenici mogu ostvariti povrat više uplaćenog poreza podnošenjem godišnje porezne prijave.

UPUTA ZA POPUNJAVANJE

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

Korisnik administrativne zabrane popunjava podatke o broju police i premiji osiguranja uz obvezan potpis ovlaštene osobe i pečat.