

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

P O N U D A

ZA SKLAPANJE UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

OSIGURANIK (osoba koja sklapa ugovor o osiguranju)	UGOVARATELJ (osoba koja preuzima plaćanje premije)
Ime i prezime	Ime i prezime
Ulica i broj	Ulica i broj
Broj pošte, naselje	Broj pošte, naselje
E-mail adresa	E-mail adresa
Broj mobitela	Broj mobitela
OIB ili MBG	OIB ili MBG
Broj osigurane osobe u Zavodu	
Broj prethodno važeće police (u slučaju nastavnog osiguranja)	
MBO	
	II. Republika Hrvatska prema članku 14. Zakona o dobrovoljnom 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

IZNOS GODIŠNJE PREMIJE *	NAČIN PLAĆANJA *
UMIROVLJENICI	A) mjesečno
A) s mirovinom nižom od 5.108,00 kn 600,00 kn	B) tromjesečno
B) s mirovinom višom od 5.108,00 kn 960,00 kn	C) polugodišnje
OSTALI	D) godišnje
C) osiguranik s plaćom ili dohotkom nižim od 5.108,00 kn 960,00 kn	E) trajni nalog
D) osiguranik s plaćom ili dohotkom višim od 5.108,00 kn 1.560,00 kn	
E) osiguranik kao član obitelji osiguranika iz točke A), B), C), i D) 960,00 kn	
F) ostali osiguranici 960,00 kn	
G) osiguranik koji udovoljava uvjetima iz članka 14.a Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, premiju plaća državni proračun RH **	
	Na odabir načina plaćanja ne ostvaruje se popust
* Zaokružite samo jednu mogućnost - u protivnom ponuda će biti odbijena	
** Osobe pod G) 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 prilož, 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)

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 oisnutih na poledini ponude!

Ispunjenu ponudu zainteresirane osobe mogu dostaviti mjesno nadležnim područnim uredima Zavoda:

- poštom na adresu Područnog ureda ili Ispostave,
- neposredno - predajom ovlaštenom službeniku ili ubacivanjem u posebno označene sandučiče na mjestima prijavljivanja

Popunjava Zavod :	Broj ponude:	Šifra police:	Šifra cjenika:	Dospijeće premije:
-------------------	--------------	---------------	----------------	--------------------