

Ime i
prezime:
Adresa:

OIB:
Broj police:

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Područni ured _____
DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

ZAHTJEV

**za raskid ugovora o dopunskom
zdravstvenom osiguranju**

- Dana _____
- umro je osiguranik _____
- ostvario sam pravo na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret sredstava Državnog proračuna, polica/iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja broj: _____/_____,
- izdana mi je HB iskaznica;
- prestao mi je status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju
- zbog promjene cijene police

Molim stoga Naslov da poništi navedenu policu dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i pripadajuću premiju.

(potpis podnositelja zahtjeva)

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____

Službena zabilješka

Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju broj: _____ raskinut je s danom _____ godine, te je stornirana i premija dopunskog zdravstvenog osiguranja.

U _____, _____ godine

(ime i prezime referenta)*

(ime, prezime i titula službene osobe)*

(potpis referenta)

(potpis službene osobe)

* popuniti čitko, tiskanim slovima

MP