

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

Molim stoga Naslov da raskine/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)*

 (potpis referenta)

 (ime, prezime i titula službene osobe)*

 (potpis službene osobe)

* popuniti čitko, tiskanim slovima

MP