

_____ (ime i prezime osigurane osobe – podnositelja ponude)

HRVATSKI ZAVOD ZA
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
REGIONALNI URED _____
PODRUČNA SLUŽBA _____

_____ (broj osigurane osobe, dan, mjesec i godina rođenja/OIB)

_____ (naziv ulice i kbr)

KLASA:

URBROJ:

DATUM:

_____ (poštanski broj i naziv mjesta)

_____ (broj telefona)

Predmet: Ponuda za sklapanje Ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju članak 14.a. stavak 1. točka 5. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

U skladu sa člankom 14.a. stavkom 1. točkom 5. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju podnosim ponudu za sklapanje Ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju koje osiguranje provodi Zavod na teret sredstava državnog proračuna, a s obzirom da mi prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos utvrđen člankom 14.b. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju / prihodovni cenzus /. S tim u vezi, a u skladu s prethodno navedenim, dajem sljedeću

IZJAVU

kojom izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da su svi podaci o prihodima ostvarenim u prethodnoj kalendarskoj godini koje dajem točni te nadalje izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da moje kućanstvo, kao zajednicu života, privređivanja i trošenja ostvarenih prihoda obitelji, na adresi _____

(adresa prebivališta ili boravka)

čine i sljedeći članovi moje obitelji:

KUĆANSTVO U KOJEM ŽIVIM SAS TOJI SE OD OV IH ČLANOVA I IMAJU PRIHODE:			
IME I PREZIME ČLANA ZAJEDNIČKOG KUĆANSTVA	Srodstvo s podnositeljem izjave	OIB/MBO	Prihodi: (navesti vrstu prihoda iz kolone pod B)

PRIHODE KOJE OSTVARUJEM: (zaokružite)

1. plaća i drugi oporezivi primici za rad ostvareni od poslodavca umanjena za izdatke prema propisima o porezu na dohodak 2. dohodak od obrta 3. od poljoprivrede i šumarstva 4. od slobodnih zanimanja 5. od autorskih prava 6. od zakupnine i najamnine	7. od iznajmljivanja soba 8. od djelatnosti članova nadzornih odbora stečajnih upravitelja, upravnih odbora, upravnih vijeća, sudskih vještaka i sl. 9. udjeli u dobiti poduzetnika 10. dohodak od dividenda i udjela u dobiti 11. mirovina	12. naknada za vrijeme privremene spriječenosti za rad (bolovanje) 13. novčana naknada za slučaj nezaposlenosti 14. naknada zbog korištenja prava iz Zakona o rodiljinim i rod.potporama 15. ostalo (npr. socijalna davanja i sl.) 16. dječji doplatak 17. alimentacija 18. prihod preko studentskog centra 19. nema prihoda
--	---	---

Ponudi prilažem:

1. fotokopije osobnih iskaznica za podnositelja zahtjeva i sve članove obitelji - kućanstva (starije od 18 godina), navedene u izjavi, odnosno potvrde nadležne policijske uprave o adresi prebivališta
2. potvrdu Porezne uprave o ostvarenom dohotku u prošloj godini za podnositelja i sve članove obitelji starije od 18 godina navedene da žive u zajedničkom kućanstvu - SAMO ukoliko Zavod ne raspolaže podacima o dohotku
3. potvrdu poslovne banke putem koje se isplatila inozemna mirovina ukupno u prethodnoj godini – u kunama
4. potvrdu nadležne institucije o drugim novčanim primanjima i pomoćima (npr. stalna pomoć, pomoć za podmirenje troškova stanovanja, osobna invalidnina, naknada do zaposlenja, opskrbnina, ortopedski doplatak, doplatak za pomoć i njegu, dječji doplatak i dr. po posebnim propisima – članak 14.e. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju - SAMO ukoliko Zavod ne raspolaže navedenim podacima
5. potvrda o uplaćenom dohotku od kapitala ili osiguranja, ostvarenom u prethodnoj godini – SAMO ukoliko Zavod ne raspolaže podacima
6. potvrda o isplaćenom bolovanju u prethodnoj godini – SAMO ukoliko Zavod ne raspolaže podacima
7. potvrda o isplaćenju naknadi za nezaposlenost u prethodnoj godini - SAMO ukoliko Zavod ne raspolaže podacima o isplaćenju naknadi
8. potvrda o plaći u prethodnoj godini / IP obrazac / - SAMO ukoliko Zavod ne raspolaže podacima
9. potvrda o isplaćenju mirovini u prethodnoj godini - SAMO ukoliko Zavod ne raspolaže podacima;
10. Alimentacija: Presuda suda; ispis tekućeg računa; potvrda Centra za socijalnu skrb; Izjava ovjerena kod javnog bilježnika
11. Potvrda knjigovodstvenog servisa ili rješenje Porezne uprave (za samostalne obveznike uplate doprinosa)
12. Ostali prihodi- potvrde isplatitelja, ispis tekućeg računa.

Istinitost navedenih podataka, kao i da osim navedenih članova obitelji nemam drugih članova koji žive sa mnom u zajedničkom kućanstvu, potvrđujem vlastoručnim potpisom.

U _____, _____ godine,

(potpis osigurane osobe-podnositelja izjave)

POPUNJAVA ZAVOD:

Uvidom u iskazane prihode obitelji utvrđeno je:

- da obitelj broji ukupno _____ članova
- da prihod podnositelja zahtjeva i članova obitelji s kojima živi u zajedničkom kućanstvu u prethodnoj kalendarskoj godini iznosi ukupno _____ kuna, odnosno po članu obitelji mjesečno _____ kuna.

Utvrđuje se da podnositelj zahtjeva i članovi obitelji

Ispunjavaju uvjete - ne ispunjavaju uvjete

za plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna.

U _____, _____ godine,

(ime, prezime i titula službene osobe)*

(potpis službene osobe)

* popuniti čitko, tiskanim slovima

MP