



POTVRDA SAVA OSIGURANJE d.d.
 Savska cesta 144 A,Zagreb

PODACI O RADNIKU/ČLANU SINDIKATA

IME I PREZIME:	OIB:
ADRESA STANOVANJA:	MOBITEL:

PODACI O POSLOVNOM PARTNERU

Naziv sind. – Društva: OPĆI SINDIKAT MUP-A

OIB: 78137360535

Mjesto i adresa : ZAGREB, PETROVA 152, V. Ravnice 10

U _____godine

**ovjerava sindikat:
 (žig i potpis)**

IZJAVA O OBUSTAVI OD PLAĆE ILI NAKNADE PLAĆE ZA VRIJEME BOLOVANJA

1.	USLUGA STANICE ZA TEHNIČKI PREGLED	_____	KN
2.	USLUGE OSIGURANJA- POLICA AO	_____	KN
	POLICA AK	_____	KN
	UKUPNO OSIGURANJE:	_____	KN
	SVEUKUPNO 1 + 2	_____	KN

Za SAVA OSIGURANJA d.d.
 (žig i potpis)

Za STP
 (žig i potpis)

DOLJE POTPISANI KUPAC –DAJE SLJEDEĆU IZJAVU O OBUSTAVI PLAĆE:

Ovom izjavom pristajem da se od moje plaće ili naknade plaća za vrijeme bolovanja, koju primam od POSLODAVCA svakog mjeseca počevši od _____obustavlja u _____obroka mjesečni iznos od _____kn kn, na ime plaćanja obročne naknade za troškove registracije I osiguranja u korist SAVA OSIGURANJA d.d., OIB 45237012600 na žiro račun broj HR362386002119014417.

Suglasan sam snositi troškove isplata onako kako su naznačene na ovoj suglasnosti, te ovlašćujem Poslodavca da ih prilikom svake isplate zaračuna i odbije od moje plaće.

Suglasan sam da se u slučaju prestanka radnog odnosa kod Poslodavca, ako moja obveze do dana prestanka radnog odnosa prema SAVA OSIGURANJA d.d. ne naplati u cijelosti, da se od moje posljednje plaće obustavi cijeli preostali iznos moje obveze prema SAVA OSIGURANJA d.d. u skladu sa zakonskim propisima.

U slučaju da prilikom prestanka radnog odnosa kod Poslodavca u cijelosti od moje posljednje plaće kod tog Poslodavca ne namiri tražbina SAVA OSIGURANJA d.d. u cijelosti, suglasan sam da se ova izjava dostavi novom Poslodavcu, s istim učinkom.

U slučaju prestanka radnog odnosa potpisnika ove izjave kod Poslodavca, Poslodavac se o tome obvezuje odmah izvijestiti SAVA OSIGURANJA d.d.

Ova suglasnost je neopoziva.

Potpisom ove suglasnosti Poslodavac se obvezuje da će redovito, svakog mjeseca, istodobno s isplatom plaće obustaviti potpisniku ove suglasnosti iznos mjesečnog anuiteta i doznačiti ga direktno SAVA OSIGURANJA d.d., te se u slučaju nepostupanja po ovoj suglasnosti o zapljeni plaće obvezujemo SAVA OSIGURANJA d.d. naknaditi svu nastalu štetu.

U _____godine

POTPIS RADNIKA/ČLANA SINDIKATA - KUPAC