

**POTVRDA ZA RADNIKA POSLOVNOG PARTNERA
U SVRHU KORIŠTENJA ALLIANZ DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

PODACI O POSLOVNOM PARTNERU I UGOVARATELJU OSIGURANJA

Naziv: **Opći sindikat MUP-a**
 OIB: **78137360535**
 Adresa: **Petrova ulica 152, 10000 Zagreb**

**POTVRDU JE POTREBNO POPUNITI TISKANIM SLOVIMA I POSLATI NA:
 FAX: 01/5514-212, E-MAIL: info@osmupa.hr**

PODACI O OSIGURANIKU

Ime:			
Prezime:			
OIB:			
JMBG:			
Datum rođenja:			
Mjesto rođenja:			
Broj osigurane osobe u obveznom zdr. osig. (MBO)			
PODACI O STANOVANJU			
Ulica:		Kućni broj:	
Mjesto:		Pošanski broj:	
KONTAKT PODACI			
Broj mobitela:			
E-mail:			

Želim (potrebno odabrati): Digitalnu iskaznicu

Klasičnu plastičnu iskaznicu



IZJAVA OSIGURANIKA O NAČINU PLAĆANJU PREMIJE OSIGURANJA

Izjavljujem da sam suglasna/an da se od moje plaće ili naknade plaće koju primam za vrijeme bolovanja, za potrebe ugovaranja Allianz dopunskog zdravstvenog osiguranja, obračunava i isplaćuje obustava u visini 70,00 kn mjesečno odnosno 840,00 kn godišnje na žiro račun Općeg sindikata Ministarstva unutarnjih poslova otvoren kod Primorske banke d.d., IBAN: HR4741320031111000709. Suglasan sam da navedene obustave mogu prijeći i više od 1/3 moje plaće i naknade plaće. U slučaju dugotrajnog bolovanja (više od 42 dana) ili odlaska iz MUP- a obvezujem se da ću samostalno plaćati preostale neplaćene obroke.

U _____ dana _____ g.

Vlastoručni potpis