

# **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: |  | Poštanski 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 Slatinske banke d.d., IBAN: **HR8124120091131006730**. 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

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_