

# PODACI O ČLANU SINDIKATA POLICIJE HRVATSKE

## glavna podružnica PU vukovarsko-srijemska



IME I PREZIME

ADRESA

JMBG

OIB

TELEFON

## PODACI O POSLODAVCU

NAZIV

Adresa

TELEFON

Dolje potpisani kupac daje sljedeću

### IZJAVU O OBUSTAVI PLAĆE

*kojom izjavljujem da sam suglasan/a da Sindikat policije Hrvatske u moje ime potpiše Ugovor sa Croatia zdravstvenim osiguranjem d.d o dopunskom (dobrovoljnom) zdravstvenom osiguranju.*

*Ujedno, pristajem da se od moje plaće, koju prima od MUP RH, svakog mjeseca, počevši od \_\_\_\_\_ isplaćuje iznos od 62,00 kn mjesečno na ime plaćanja dopunskog osiguranja za:*

### PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

IME I PREZIME

ADRESA

JMBG

OIB

TELEFON/MOB.

BROJ ZDRAVSTVENE ISKAZNICE

BROJ DOPUNSKOG OSIG.

*Ova moja izjava vrijedi do njezinog opoziva.*

*Raskid osiguranja najaviti ću do 10-og u mjesecu kako bi se raskid izvršio 15-og u istom mjesecu te mi se zadnja rata obustavila na narednoj plaći i time se raskinula obveza plaćanja police dopunskog (dobrovoljnog) osiguranja.*

\_\_\_\_\_  
(mjesto i datum)

\_\_\_\_\_  
(vlastoručni poptpis člana SPH)

*(Napomena: uz Izjavu obavezno dostaviti i preslik zdravstvene iskaznice osobe za koju se ugovara policia dopunskog osiguranja)*