

PODACI O ČLANU SINDIKATA POLICIJE HRVATSKE
glavne podružnice PU vukovarsko-srijemske

IME I PREZIME

ADRESA

JMBG

OIB

TELEFON

PODACI O POSLODAVCU

NAZIV

Adresa

TELEFON

Dolje potpisani kupac daje sljedeću

IZJAVU O RASKIDU UGOVORA SA CROATIA ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM d.d

Izjavljujem da sam suglasan/a da Sindikat policije Hrvatske u moje ime raskine Ugovor sa Croatia zdravstvenim osiguranjem d.d o dopunskom (dobrovoljnom) zdravstvenom osiguranju. Raskid osiguranja najavit 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.

PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

IME I PREZIME

ADRESA

JMBG

OIB

TELEFON/MOB.

BROJ ZDRAVSTVENE ISKAZNICE

BROJ DOPUNSKOG OSIG.

vraćena iskaznica CZO

(mjesto i datum)

(vlastoručni potpis člana SPH)

(popunjava ovlaštena osoba sindikata)

datum ažuriranja u webapp SPH