

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA</b><br><b>ZA OSIGURANU OSOBU U OBVEZKOM</b><br><b>ZDRAVSTENOM OSIGURANJU</b><br><b>HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE</b> | Broj osigurane osobe u Zavodu |
|  | MB osigurane osobe u Zavodu   |
| PODRUČNI URED _____  |                               |

### 1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

|                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| Broj obveze     | Naziv obveznika uplate |
| Adresa sjedišta |                        |

### 2. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI

|  |  |  |
|--|--|--|
| MBG  | Datum rođenja                                | *Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž  |
| Prezime:   | Ime:   |  |
| Ranija prezimena   | Ime roditelja                                |  |
| Adresa: <b>P</b> - prebivalište  | Adresa: <b>B</b> - boravak od _____ do _____ |  |
| Pošanski broj, naziv pošte   | Pošanski broj, naziv pošte                   |  |
| Ulica i broj   | Ulica i broj                                 |  |
| Naselje  | Naselje                                      |  |
| Datum stjecanja statusa osigurane osobe  | Datum prestanka statusa osigurane osobe      |  |
| <b>Oznaka osnove osiguranja</b>  | <b>Oznaka kriterija obveze</b>               |  |
| * Stručna sprema nakon završenog školovanja  | <input type="checkbox"/> NKV                 | <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> dr. spec. <input type="checkbox"/> dr. sci |
| * Stručna sprema na koju se osigurana osoba prijavljuje u obvezno zdr. osiguranje  | <input type="checkbox"/> NKV                 | <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> dr. spec. <input type="checkbox"/> dr. sci |
| Naziv radnog mjesta  |  |  |
| * Radno vrijeme 1. Puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> 2. Nepuno radno vrijeme: <input type="checkbox"/> sati _____ min. _____ |  |  |

### 3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

|   |   |
|---|---|
| Datum stjecanja prava iz obveznog zdr. osiguranja | Datum prestanka prava iz obveznog zdr. osiguranja |
|---|---|

|                |
|----------------|
| Datum promjene |
|----------------|

(Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe)

M.P.

U \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ god.

(Potpis elektronički i potpis podnositelja - ovlaštene osobe)

|            |                                  |               |  |
|------------|----------------------------------|---------------|--|
| Zaprimanje | Datum zaprimanja                 | Unos podataka | Datum evidentiranja                                    |
| Klasa:     |                                  | M.P.          |  |
| Urbroj:    |                                  |               |  |
|            | Potpis ovlaštenog radnika Zavoda | Interni broj  | Potpis elektronički i potpis ovlaštenog radnika Zavoda |