

**PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA****ZA OSIGURANU OSOBU ČLANA OBITELJI OSIGURANIKA U OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

PODRUČNI URED \_\_\_\_\_

**1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLETE DOPRINOSA**

Broj obveze _____	Naziv obveznika uplate _____
Adresa sjedišta _____	

**2. PODATCI O NOSITELJU OSIGURANJA**

MB osigurane osobe nositelja u Zavodu _____	
Broj osigurane osobe nositelja u Zavodu _____	MBG _____
Prezime _____	Ime _____

**3. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI**

MB osigurane osobe u Zavodu _____	Broj osigurane osobe u Zavodu _____
MBG _____	Datum rođenja _____ *Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Prezime: _____	Ime: _____
Adresa: <b>P</b> - prebivalište _____	Adresa: <b>B</b> - boravak od _____ do _____
Poštanski broj, naziv pošte _____	Poštanski broj, naziv pošte _____
Ulica i broj _____	Ulica i broj _____
Naselje _____	Naselje _____
*Srodstvo s nositeljem <input type="checkbox"/> supružnik <input type="checkbox"/> dijete <input type="checkbox"/> roditelj <input type="checkbox"/> unuk-a <input type="checkbox"/> brat/sestra <input type="checkbox"/> djed/baka <input type="checkbox"/>	Oznaka srodstva _____
Oznaka osnovne osiguranja _____	Datum stjecanja statusa osig. osobe _____ Datum prestanka statusa osig. osobe _____

**4. 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)

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

M. P.

(Potpis elektronički i potpis podnositelja - ovlaštene osobe)

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

\* zaokružite odgovarajuće

