

**PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA
NA OSNOVNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ČLANA OBITELJI**

HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PODRUČNI URED _____

Datum promjene _____

A. PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Broj obveze _____	Vrsta obveze _____
-------------------	--------------------

B. PODACI O NOSITELJU OSIGURANJA

Broj osigurane osobe - nositelja u Zavodu _____	JMBG ili MB nositelja u Zavodu _____
Prezime _____	Ime _____

C. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

 Član
obitelji

Č

 Član obitelji
bez nositelja

I

JMBG ili MB _____	Broj osigurane osobe u Zavodu _____
Prezime _____	Adresa: P -prebivalište B -boravište
Ime _____	Poštanski broj, mjesto _____
Datum rođenja _____	Ulica i broj _____
	Naziv mjesta/općine/grada _____
	Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
	Srodstvo s nositeljem _____
	Šifra _____
Oznaka osnove osiguranja _____	Datum stjecanja statusa osigurane osobe _____
	Datum prestanka statusa osigurane osobe _____

JMBG ili MB _____	Broj osigurane osobe u Zavodu _____
Prezime _____	Adresa: P -prebivalište B -boravište
Ime _____	Poštanski broj, mjesto _____
Datum rođenja _____	Ulica i broj _____
	Naziv mjesta/općine/grada _____
	Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
	Srodstvo s nositeljem _____
	Šifra _____
Oznaka osnove osiguranja _____	Datum stjecanja statusa osigurane osobe _____
	Datum prestanka statusa osigurane osobe _____

JMBG ili MB _____	Broj osigurane osobe u Zavodu _____
Prezime _____	Adresa: P -prebivalište B - boravište
Ime _____	Poštanski broj, mjesto _____
Datum rođenja _____	Ulica i broj _____
	Naziv mjesta/općine/grada _____
	Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
	Srodstvo s nositeljem _____
	Šifra _____
Oznaka osnove osiguranja _____	Datum stjecanja statusa osigurane osobe _____
	Datum prestanka statusa osigurane osobe _____

U _____ dne _____

M.P. _____

(Potpis podnositelja)

Broj i datum zaprimanja	Unos podataka
M.P.	
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	(datum) _____ (Šifra i potpis) _____