HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured: .....

.....

POTVRDA
O OSNOVICAMA OSIGURANJA

1. PODACI O OSIGURANIKU - obvezniku uplate doprinosa

Prezime: ..... Ime: .....

Broj osigurane osobe u HZZO: | | | | | | | | | | | |

MBG / OIB** ili MB osigurane osobe: | | | | | | | | | | | |

Broj obveze: | | | | | | | | | | |

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja: *da** - *ne**

2. PODACI O OSNOVICAMA OSIGURANJA NA OSNOVI KOJIH JE OSIGURANIK BIO OSIGURAN U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU

tj. u razdoblju od | | | | | | | | do | | | | | | | | (1), odnosno u mjesecima:

Osnovica (2) osiguranja za mj. / god.	Iznos (3) osnovice osiguranja	Ukupno obračunat porez, prirez i doprinos	Datum uplate doprinosa	Iznos (4) osnovice osiguranja -netto-	Dani bolovanja na teret HZZO	Dani bolovanja na teret HZZOZZR	Radni dani (5) u kalendarskom mjesecu
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Ukupno:							

Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja na osnovi kojih je u posljednjh šest mjeseci osiguranik bio obvezan obračunati i platiti doprinos za zdravstveno osiguranje, umanjenih za zakonom propisane poreze, prireze i doprinose,

a koja iznosi ..... (6) kn po danu, odnosno najniža osnovica osiguranja (čl. 88 Pravilnika),

a koja iznosi ..... (7) kn mjesečno - brutto, odnosno ..... kn po danu- netto. (8)

3. Podatak o ukupnom iznosu drugog dohotka prema Zakonu o doprinosima koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu,

tj. u razdoblju od ..... do ..... .(1)

Iznos od ..... (slovima .....) kn

utvrđen na osnovi ukupno ..... potvrd-e-a isplatitelja primitaka, koje-u osiguranik prilaže uz ovu potvrdu.

3.1. Prosječni dnevni iznos primitaka u kunama: .....(9)

3.2. Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja i primitaka isplaćenih u posljednjih šest mjeseci,

a koja iznosi ..... kn po danu netto.(10)

M.P.

U ....., ... 20..... g.

..... Potpis odgovorne osobe

NAPUTAK O NAČINU ISPUNJAVANJA

Potvrdu ispunjava u dva primjerka ovlaštena osoba u službi za obračun bolovanja HZZO-a, od kojih jedan primjerak dostavlja osiguraniku.

1. Upisuje se prvi dan prvog mjeseca i posljednji dan posljednjeg mjeseca, s naznakom godine, šestomjesečnog razdoblja.
2. Upisuju se mjeseci, s naznakom godine, za koje je u razdoblju pod (1) utvrđena osnovica osiguranja osiguranika.
3. Upisuje se osnovica osiguranja na koju je osiguranik osiguran.
4. Upisuje se osnovica osiguranja umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prirez (stupac 2 - stupac 3).
5. Upisuju se svi dani u mjesecu, osim nedjelja (čl. 86. Pravilnika).
6. Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj osnovica osiguranja podijeli s ukupnim brojem radnih dana (stupac 5 : stupac 8).
7. Upisuje se najniža osnovica osiguranja koja služi za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, važeća za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio osigurani slučaj.
8. Upisuje se iznos koji se dobije kad se osnovica pod (7), umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prirez, podijeli s brojem radnih dana mjeseca na koji se odnosi.
9. Upisuje se iznos koji se dobije kad se ukupno ostvareni drugi dohodak u šestomjeseèном razdoblju (**toč. 3**) podijeli s brojem dana tog razdoblja, uzimajuæi za tjedan šest radnih dana.
10. Upisuje se iznos koji se dobije zbrajanjem iznosa pod (6) i iznosa pod (9).

* - potrebno zaokružiti ** - obvezan podatak od 01.01.2011.g.

EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Prvi dan bolovanja | | | | | | | | |

Prvi dan nastavnog bolovanja | | | | | | | | |

Zadnji dan bolovanja | | | | | | | | |

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Početna dijagnoza (šifra MKB)

Komorbiditetne dijagnoze (šifra MKB)

Završna dijagnoza (šifra MKB)

1. Šifre uzroka bolovanja

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	Izolacija	Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji			Komplik. u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 113., 118. Zakona)	
					Do 3. god. života djeteta	Od 3. do 7. god. života djeteta	Od 7. god. života djeteta i njega supružnika				
A0	A1	D0	DR	E0	F1	F2	F3	G0	H1	da*	ne*

Dnevni iznos osnovice za određivanje naknade plaće iznosi___________________ kn.

Datum isplate	Šifra bolesti	Isplata izvršena za vrijeme			% od osnovice	Dnevni iznos naknade	Iznos kn	Kontrolirao (potpis)
		od	do	Broj dana				
				Ukupno:				

Potpis odgovorne osobe