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: |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

JMBG ili MB osigurane osobe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja: *d a** - *n e**

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 osnovice osiguranja -netto- (4)	Dani bolovanja na teret HZZO	Radni dani u kalendarskom mjesecu (5)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7
|_|_| |_|_|_|_|			|_|_|_|_|_|_|_|_|			
|_|_| |_|_|_|_|			|_|_|_|_|_|_|_|_|			
|_|_| |_|_|_|_|			|_|_|_|_|_|_|_|_|			
|_|_| |_|_|_|_|			|_|_|_|_|_|_|_|_|			
|_|_| |_|_|_|_|			|_|_|_|_|_|_|_|_|			
|_|_| |_|_|_|_|			|_|_|_|_|_|_|_|_|			
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. 105 Pravilnika),

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

3. Podatak o ukupnom iznosu drugog dohotka iz članka 3. točke 5a. Zakona o doprinosima za obvezna osiguranja (NN br.147 02, 175 05, i 177 04) 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, šestomjesčnog 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. 103. Pravilnika).
6. Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj osnovica osiguranja podijeli s ukupnim brojem radnih dana (stupac 5 : stupac 7).
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 šestomjeseènom 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

EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Prvi dan bolovanja

Prvi dan nastavnog bolovanja

Zadnji dan bolovanja

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB

_____ /200__

Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Početna dijagnoza (šifra MKB)

Komorbiditetne dijagnoze (šifra MKB)

Završna dijagnoza (šifra MKB)

Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu OR PB

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

1. Šifre uzroka bolovanja

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	Ozljeda na radu / Čl. 76. Zak. o zdrav. osig. zašt. zdr. na radu	Profesion. oboljenje / Čl. 76. Zak. o zdrav. osig. zašt. zdr. na radu	Izolacija	Posljedice sudjelov. u Domov. ratu	Pratnja	Njega člana obitelji: Do 3. god. života djeteta	Njega člana obitelji: Od 3. do 7. god. života djeteta	Njega člana obitelji: Od 7. god. života djeteta i njega supružnika	Komplik. u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 119 Zakona)	
A0	A1	B0	C0	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	do	Broj dana	% od osnovice	Dnevni iznos naknade	Iznos kn	Kontrolirao (potpis)
			Ukupno:					

Potpis odgovorne osobe