

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

PODRUČNI URED _____

1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLETE DOPRINOSA

Broj obveze <input type="text"/> <input type="text"/>	Naziv obveznika uplate
Adresa sjedišta	

2. PODATCI O NOSITELJU OSIGURANJA

MB osigurane osobe nositelja u Zavodu <input type="text"/>	OIB <input type="text"/>
Broj osigurane osobe - nositelja u Zavodu <input type="text"/>	MBG <input type="text"/>
Prezime	Ime

3. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI

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

3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum stjecanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja <input type="text"/>	Datum prestanka prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja <input type="text"/>
---	---

Datum promjene

Ime i prezime podnosioca - ovlaštene osobe

M.P.

U _____ dne _____

Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe

Zaprimanje Datum zaprimanja <input type="text"/>	Unos podataka Datum evidentiranja <input type="text"/>
Klasa:	
Ur: br:	
 <input type="text"/>	 <input type="text"/>
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	Interni broj Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda

- Tiskanica 3 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** osigurane osobe - člana obitelji osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Potrebno je zaokružiti odgovarajuću riječ prema primjeni tiskanice.
- Obveznik podnošenja prijave obvezan je podatke u Tiskanici 3 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
- Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1., 2. ili 3. upisuje obveznik podnošenja prijave.
- Kod upisa podataka pod 3., koji se odnose na adresu, obvezno se upisuje prebivalište, a boravak samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljen i boravak. Za stranca s odobrenim stalnim boravkom upisuju se podatci u rubriku "P - prebivalište", a za strance s odobrenim privremenim boravkom u rubriku "B - boravak".
- U prijavi **Broj osigurane osobe u Zavodu** ispunjava Zavod.
- Pri podnošenju promjene, podnositelj je obvezan uz podatke o promjeni upisati i datum promjene.
- Tiskanica 3 ovjerava se u 3 primjerka:
 1. primjerak zadržava Zavod
 2. primjerak vraća se podnositelju
 3. primjerak uručuje se osiguranoj osobi koja na osnovi njega ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja do dobivanja iskaznice zdravstveno osigurane osobe.