

IZJAVA

kojom ja _____

zastupan/a po punomoćniku _____

zastupan/a po skrbniku _____

pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da ne ostvarujem pravo na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret proračuna Republike Hrvatske.*

Funtana-Fontane, _____ 2018. godine

(potpis podnositelja zahtjeva)

(potpis punomoćnika)

(potpis skrbnika)

* Na teret proračuna Republike Hrvatske pravo na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja ostvaruju:

- osigurane osobe s invaliditetom koje imaju 100% oštećenja organizma, odnosno tjelesnog oštećenja prema posebnim propisima, osobe kod kojih je utvrđeno više vrsta oštećenja te osobe s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi,
- osigurane osobe darivatelji dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,
- osigurane osobe dobrovoljni davatelji krvi s više od 35 davanja (muškarci), odnosno s više od 25 davanja (žene),
- osigurane osobe redoviti učenici i studenti stariji od 18 godina te
- osigurane osobe čiji ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 1.516,32 kune, a za samce od 1.939.39 kuna.