

PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENAna obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede
na radu odnosno profesionalne bolesti**HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Broj osigurane osobe u Zavodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MB osigurane osobe u Zavodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PODRUČNI URED _____

1. PODATCI O OBVEZNIKU UPATE POSEBNOG DOPRINOSA

Broj obveze	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Naziv obveznika uplate
Adresa sjedišta		OIB <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

2. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI

MBG	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Datum rođenja	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					*Spol	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
OIB	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																												
Prezime		Ime																																											
Ranija prezimena		Ime roditelja																																											
Adresa: P - prebivalište		Adresa: B - boravak od _____ do _____																																											
Poštanski broj, naziv pošte		Poštanski broj, naziv pošte																																											
Ulica i broj		Ulica i broj																																											
Naselje		Naselje																																											
Datum početka osiguranja		Datum prestanka osiguranja																																											
Oznaka osnove osiguranja		Oznaka kriterija obveze																																											

*Naznaka slučaja osiguranja prema čl. Zakona

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.a 1.	13.a 2.	13.a 3.	13.a 4.	13.a 5.	13.a 6.	13.a 7.	13.a 8.	13.a 9.	13.a 10.	13.a 11.	13.a 12.	13.a 13.

3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum početka osiguranja	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Datum prestanka osiguranja	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Datum promjene		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																									

Ime i prezime podnosioca - ovlaštene osobe

U _____ dne _____

M.P.

Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe

Zaprimanje	Datum zaprimanja	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Unos podataka	Datum evidentiranja	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Klasa:				M.P.																																									
Ur: br:																																													
_____				_____																																									
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda				Interni broj		Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda																																							

- Tiskanica 5 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti . Potrebno je zaokružiti odgovarajuću riječ prema primjeni tiskanice.
- Obveznik podnošenja prijave obvezan je podatke u Tiskanici 5 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
- Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1.i 2. 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 5 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 za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti.