

Triglav osiguranje d.d., OIB 29743547503, u skladu sa sklopljenim Ugovorom o poslovnoj suradnji UB-16/3 i Dodatkom br. 1 Ugovoru o poslovnoj suradnji UB-16/3. Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje, Područnoj službi/uredu u _____ dostavlja

**SUGLASNOST ZA OBUSTAVU NA MIROVINI
/PREMIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA/**

Ime i prezime ugovaratelja osiguranja:	Datum rođenja:
Osobni broj u Zavodu:	Osobni identifikacijski broj (OIB):

Dajem suglasnost, da radi plaćanja police zdravstvenog osiguranja broj _____ s otplatom u _____ mjesečnih obroka, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje od mirovine mjesečno obustavlja ratu premije u svoti od _____ kn i uplaćuje je u korist računa Osiguranja broj HR7925030071511000283, za navedenu policu zdravstvenog osiguranja.

Također dajem privolu da Zavod i Osiguranje međusobno mogu razmjenjivati i međusobno dostavljati moje osobne podatke u svrhu obavljanja obustave/zastoja i prestanka obustave za navedenu policu zdravstvenog osiguranja.

Ugovaratelj osiguranja

Potpis korisnika mirovine

Za istinitost podataka koji se odnose na obvezu obustave i istovjetnost potpisa ugovaratelja osiguranja prema potpisanoj Suglasnosti za obustavu na mirovini jamči

Ovlaštena osoba Osiguranja

Mjesto i datum

Potpis i pečat

Osobni podaci iz ove SUGLASNOSTI obrađuju se u skladu s člankom 6. Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka).