

Obrazac 3.

FINANCIJSKA AGENCIJA

OIB: 85821130368

Augusta Cesarca 22, 42000 Varaždin

(adresa nadležne jedinice)

Nadležni trgovački sud Trgovački sud u Varaždinu

Poslovni broj spisa St-710/2016

FINANCIJSKA AGENCIJA
ODJEL PISARNICE - ZAGREB 1

20 -06- 2016

PREDSTEČAJNE NAGODBE
PRIMANJE I OTPREMA POŠTE

PRIJAVA TRAŽBINE VJEROVNIKA U PREDSTEČAJNOM POSTUPKU

PODACI O VJEROVNIKU:

Ime i prezime / tvrtka ili naziv CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.

OIB 45302812775

Adresa / sjedište

Miramarska 22, 10000 Zagreb

PODACI O DUŽNIKU:

Ime i prezime / tvrtka ili naziv Poliklinika Sveti Nikola d.o.o.

OIB 50243470991

Adresa / sjedište

Kukuljevićeva 6, 42000 Varaždin

PODACI O TRAŽBINI:

Pravna osnova tražbine (npr. ugovor, odluka suda ili drugog tijela, ako je u tijeku sudski postupak oznaku spisa i naznaku suda kod kojeg se postupak vodi)

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za 14 radnika

Iznos dospjele tražbine 9.382,53 (kn)

Glavnica 9.102,00 (kn)

Kamate 280,53 (kn)

Iznos tražbine koja dopijeva nakon otvaranja predstečajnog postupka
20.743,20 (kn)

Dokaz o postojanju tražbine (npr. račun, izvadak iz poslovnih knjiga)

Izvadak iz poslovnih knjiga, rekapitulacija obračuna kamata

Vjerovnik raspolaze ovršnom ispravom DA / NE za iznos _____ (kn)

Naziv ovršne isprave

PODACI O RAZLUČNOM PRAVU:

Pravna osnova razlučnog prava

Dio imovine na koji se odnosi razlučno pravo

Iznos tražbine _____ (kn)

Razlučni vjerovnik odriče se prava na odvojeno namirenje ODRIČEM / NE ODRIČEM

Razlučni vjerovnik pristaje da se odgodi namirenje iz predmeta na koji se odnosi njegovo razlučno pravo radi provedbe plana restrukturiranja PRISTAJEM / NE PRISTAJEM

PODACI O IZLUČNOM PRAVU:

Pravna osnova izlučnog prava

Dio imovine na koji se odnosi izlučno pravo

Izlučni vjerovnik pristaje da se izdvoji predmet na koji se odnosi njegovo izlučno pravo radi provedbe plana restrukturiranja PRISTAJEM / NE PRISTAJEM

Mjesto i datum

ZAGREB, 16. 06. 2016



CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., OIB 45302812775, 10 000 Zagreb, Miramarska c. 22, koju zastupaju predsjednik Uprave Damir Mihanović i zamjenica člana Uprave Anita Oreč, (u daljnjem tekstu: Osiguratelj)

Poliklinika Sveti Nikola d.o.o., OIB 50243470991, 42 000 Varaždin, Ivana Kukuljevića 6, kojeg zastupa ravnatelj dr. Damir Štajcar,

sklopili su dana 14.10.2014. godine sljedeći

UGOVOR O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Opće odredbe

Članak 1.

Ovim Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Ugovor) CROATIA zdravstveno osiguranje d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj) i Poliklinika Sveti Nikola d.o.o., (u daljnjem tekstu: Ugovaratelj osiguranja) ugovaraju i utvrđuju međusobna prava i obveze u svezi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i to dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Temeljni pojmovi

Članak 2.

Pojedini pojmovi u ovom Ugovoru imaju sljedeće značenje:

1. Polica osiguranja je isprava o osiguranju, kojom se dokazuje postojanje ovog Ugovora.
2. Uvjeti osiguranja su skup klauzula kojima se detaljno uređuju odnosi između osiguratelja i ugovaratelja iz ugovara o osiguranju
3. Premija osiguranja je iznos koji se plaća prema Ugovoru za osiguranike za osigurateljnu godinu.
4. Osigurani slučaj je poremećaj zdravlja osiguranika koji uzrokuje potrebu za medicinskom uslugom predviđenim Ugovorom.
5. Sistematski pregled je pružanje preventivne zdravstvene zaštite.
6. Kontrolni pregledi su pregledi koji u pravilu moraju biti obavljeni u roku od 90 (devedeset) dana od dana specijalističkog pregleda.
7. Dijagnostička obrada- osiguranici obavljaju po prijedlogu specijaliste.

Članak 3.

- (1) Ovaj ugovor sklapa se prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Dopunskim uvjetima za osiguranje osnovnog programa specijalističkih pregleda i obrade NORMA i Dopunskim uvjetima za osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade s uključenjem malih operacijskih zahvata i fizikalne terapije SELEKTA.
- (2) Ugovaratelj osiguranja ovim Ugovorom osigurava dodatno zdravstveno osiguranje za svoje zaposlenike.
- (3) Osigurani su svi zaposlenici Ugovaratelja osiguranja prema popisu koji je sastavni dio ovog Ugovora.
- (4) Pravo na korištenje medicinske usluge ugovorene ovim Ugovorom imaju svi zaposlenici Ugovaratelja osiguranja koji su prilikom sklapanja Ugovora ili naknadno na popisu osiguranika.
- (5) Ugovorne strane ugovaraju da će se popis zaposlenika ažurirati za vrijeme trajanja ovog Ugovora, tako da će Ugovaratelj osiguranja dostavljati podatke o zaposlenicima koji se zaposle kod



Ugovaratelja osiguranja za vrijeme trajanja ovog Ugovora, kao zaposlenicima kojima je prestao ugovor o radu sa Ugovarateljem osiguranja.

Predmet osiguranja

Članak 4.

- (1) Predmet osiguranja je zdravstvena zaštita, ugovorena ovim Ugovorom, koju sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, osigurava Osiguratelj putem svojih suradnih zdravstvenih ustanova odnosno ordinacija, osnovom suglasnosti Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za obavljanje poslova dobrovoljnog (dodatnog i dopunskog) zdravstvenog osiguranja.
- (2) Pravo na korištenje zdravstvene zaštite ugovorene ovim Ugovorom imaju svi osiguranici Ugovaratelja osiguranja.

Članak 5.

- (1) Ovim ugovorom osigurava se dodatno zdravstveno osiguranje programa NORMA i SELEKTA, prema Dopunskim uvjetima za osiguranje osnovnog programa specijalističkih pregleda i obrade (NORMA) i Dopunskim uvjetima za osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade s uključanjem malih operacijskih zahvata i fizikalne terapije SELEKTA.

Obveze osiguratelja

Članak 6.

- (1) Osiguratelj se obvezuje osigurati mogućnost korištenja zdravstvenih usluga u svojim suradnim ustanovama odnosno ordinacijama.
- (2) Prema ovom Ugovoru i programu provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja medicinske usluge moguće je obaviti samo u zdravstvenim ustanovama i ordinacijama s kojima CROATIA zdravstveno osiguranje d.d. ima sklopljen ugovor o poslovnoj suradnji.
- (3) Osiguratelj se obvezuje organizirati sistematske preglede za zaposlenike u vlastitim poliklinikama, odnosno u mjestima gdje nema vlastite poliklinike, u suradnim ustanovama prema popisu CZO-a.

Usluge iz članka 5. ovoga Ugovora osiguranici mogu koristiti na cjelokupnom području Republike Hrvatske prema popisu ugovorenih zdravstvenih ustanova CZO-a.
- (4) Obveza osiguratelja prema osiguraniku počinje 16.-og dana od dana koji je u polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja, ako je do tog dana plaćen prvi obrok premije.

Članak 7.

- (1) Osiguratelj se obvezuje u najkraćem mogućem roku nakon primitka popisa zaposlenika od Ugovaratelja osiguranja izraditi iskaznice DZO-a koje će koristiti za identifikaciju osiguranika prilikom pregleda ili liječenja u zdravstvenoj ustanovi.
- (2) Do primitka iskaznice, osiguranici Ugovaratelja osiguranja moći će koristiti ugovorene usluge od dana stupanja na snagu ovoga Ugovora.

Način korištenja medicinske usluge

Članak 8.

Dodatno zdravstveno osiguranje

Nakon potrebe za određenom medicinskom uslugom osiguranik kontaktira ovlaštenog liječnika CROATIA zdravstvenog osiguranja koji na poziv osiguranika ugovara potrebnu vrstu i vrijeme pregleda, u zdravstvenoj ustanovi, po mogućnosti prema želji osiguranika u najkraćem mogućem roku.

Plaćanje premije

Članak 9.

- (1) Ugovorene strane ugovaraju premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu posebno.
- (2) Jedinični godišnji iznos za navedene usluge po zaposleniku (premija) za program NORMA:
 1. Za sistematske preglede 1.065,60 kuna
 2. Za kurativu 266,40 kuna
- (3) Jedinični godišnji iznos za navedene usluge po zaposleniku (premija) za program SELEKTA:
 1. Za sistematske preglede 1.065,60 kuna
 2. Za kurativu 1.358,40 kuna
- (4) Ukupna godišnja premija po zaposleniku za program NORMA iznosi 1.332,00 kuna a za program SELEKTA iznosi 2.424,00 kune.
- (5) Sveukupni godišnji iznos premije na osnovi 14 zaposlenika Ugovaratelja usluga za program NORMA iznosi 21.924,00 kuna.
- (6) Za usluge iz stavka 2. točke 1. i 2., te stavka 3. Točke 1. i 2. izdaju se posebni računi.

Članak 10.

- (1) Ugovoreni iznos premije je akontacija premije na osnovi 14 zaposlenika Ugovaratelja osiguranja u vrijeme sklapanja Ugovora, a prema popisu koji je njegov sastavni dio.
- (2) Temeljem obavijesti o prijavljenim i odjavljenim zaposlenicima, koje se Ugovaratelj osiguranja obvezuje tijekom osigurateljne godine dostavljati Osiguratelju, na isteku osigurateljne godine izradit će se konačni obračun premije.
- (3) Obračun usluga je određen prema početnom broju zaposlenika Ugovaratelja osiguranja, a konačni obračun obaviti će se na kraju razdoblja za koje su osigurani zaposlenici Ugovaratelja osiguranja.
- (4) U slučaju da je prema konačnom obračunu premije akontacijom premije premija preplaćena, Osiguratelj se obvezuje vratiti preplaćeni iznos premije.
- (5) U slučaju da je prema konačnom obračunu Ugovaratelj uplatio manje premije obvezuje se uplatiti razliku premije prema konačnom obračunu i računu koji će nakon konačnog obračuna izdati Osiguratelj.
- (6) Navedene cijene su oslobođene poreza na dodanu vrijednost temeljem članka 40.st.1. toč.a). Zakona o PDV-u.

- (7) Računi ispostavljeni od Osiguratelja dopijevaju na naplatu Ugovaratelju osiguranja u roku od 15 dana od dana potpisivanja ovoga Ugovora, a plaćaju se mjesečno za sistematske preglede a jednokratno za kurativu.

Članak 11.

- (1) Ugovaratelj usluga se obvezuje pismeno odjaviti kod osiguratelja one zaposlenike kojima prestaje radni odnos, te vratiti njihovu iskaznicu DZO-a.
- (2) Ugovaratelj osiguranja dužan je u roku od 30 dana od sklapanja ugovora o radu novih zaposlenika izvijestiti Osiguratelja o novim zaposlenicima te dostaviti sljedeće podatke: ime i prezime zaposlenika, OIB zaposlenika, adresu zaposlenika, matični broj osigurane osobe u HZZO-u zaposlenika te je Ugovaratelj osiguranja dužan uz dostavljene podatke Osiguratelja izvijestiti o odabranom programu osiguranja. Novim zaposlenicima Ugovaratelja osiguranja osiguranje počinje teći 1. dana sljedećeg mjeseca od datuma zaposlenja i traje do dana prestanka radnog odnosa, a najkasnije do 15.10.2017. godine.
- (3) Ukoliko se zaposlenik nalazi u pokriću manje od 6 mjeseci, Ugovaratelj je za njega dužan platiti 50% godišnje premije. Ukoliko se osiguranik nalazi u pokriću više od 6 mjeseci Ugovaratelj je za njega dužan platiti 100% godišnje premije. Za konačni obračun usluga iz ovoga Ugovora mjerodavni su datumi zaključenja ugovora o radu novih zaposlenika i datum zaprimanja pismene odjave za zaposlenike kojima je prestao vrijediti ugovor o radu kod Ugovaratelja osiguranja.

Trajanje osiguranja

Članak 12.

- (1) Osiguranje traje od 15.10.2014. godine do 15.10.2017. godine.

Članak 13.

- (1) Ugovor o osiguranju može se raskinuti i prije roka na koji je ugovoren, na pisani zahtjev jedne od ugovorenih stranki, a najkasnije 3 (tri) mjeseca prije dospelosti premije za narednu osigurateljnu godinu.
- (2) U slučaju ranijeg raskida pod uvjetom iz stavka (1) ovog članka, osiguranje prestaje s danom isteka tekuće osigurateljne godine, a Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju obračunatu do dana prestanka osiguranja odnosno za tekuću osigurateljnu godinu.

Završne odredbe

Članak 14.

- (1) Sve izmjene i dopune ovoga Ugovora ugovorne strane utvrditi će sporazumno, na pisani zahtjev jedne od ugovorenih stranaka, ukoliko postoji interes obadviju strana, te sastaviti pisani dodatak ovom Ugovoru.

Članak 15.

(1) Sve nesuglasnosti koje mogu nastati u primjeni ovoga Ugovora stranke će rješavati sporazumno, a u slučaju spora mjerodavan je Trgovački sud u Zagrebu.

Članak 16.

(1) U znak prihvatanja prava i obveza iz ovoga Ugovora ugovorne ga strane vlastoručno potpisuju.

Članak 17.

(1) Ovaj Ugovor je sklopljen u 4 (četiri) istovjetna primjerka od kojih svaka strana zadržava po 2 (dva) primjerka.

Za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d. :

CROATIA zdravstveno
Predsjednik Uprave
Damir Mihanović

Zamjenica člana Uprave
Anita Oreč



Za Polikliniku Sveti Nikola d.o.o.

Ravnatelj
dr. Damir Štajcar





CROATIA®
zdravstveno osiguranje

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.
Savska cesta 41/XVIII, 10 000 Zagreb
www.czo.hr

Broj: 1604/16

PUNOMOĆ

Kojom ovlašćujemo VALENTINU HRBUD, dipl.iur., da poduzima sve pravne radnje u PREDSTEAJNOM postupku koji se pred TRGOVAČKIM sudom u VARAŽDINU vodi pod poslovnim brojem ST-710/2016, na prijedlog, tužbu POLIKLINIKE SVETI NIKOLA d.o.o. protiv _____.

U Zagrebu, 15.06.2016.

Član Uprave


Dean Klemente Maletić

Predsjednik Uprave


Damir Mihanović





CROATIA OSIGURANJE

utemeljeno 1884.

CROATIA osiguranje d.d
CZO
Savska 41
Zagreb

Obračune izradio / la: **Luka Zrinščak**
tel:
fax:

REKAPITULACIJA OBRAČUNA KAMATA

Broj obračuna	Broj predmeta	Datum obračuna:	Razdoblje		Osnovica za obračun	Obračunata kamata
			Od	Do		
Obračun br. 137						
POLIKLINIKA SVETI NIKOLA D.O.						
1		13.06.2016	16.11.2015	14.06.2016	1.243,20	72,21
2		13.06.2016	15.12.2015	14.06.2016	1.243,20	62,20
3		13.06.2016	22.12.2015	14.06.2016	133,20	6,40
4		13.06.2016	19.01.2016	14.06.2016	1.154,40	46,60
5		13.06.2016	18.02.2016	14.06.2016	1.154,40	37,09
6		13.06.2016	18.03.2016	14.06.2016	1.154,40	27,89
7		13.06.2016	19.04.2016	14.06.2016	1.154,40	17,75
8		13.06.2016	19.05.2016	14.06.2016	976,80	6,97
9		13.06.2016	31.05.2016	14.06.2016	444,00	1,71
10		13.06.2016	31.05.2016	14.06.2016	444,00	1,71
					9.102,00	280,53
					9.102,00	280,53



Odgovorna osoba

- Izvadak iz poslovnih knjiga -

PREGLED FAKTURIRANE I NAPLAĆENE PREMIJE PO OBVEZNIKU PLAĆANJA

Datum knjiženja naplate: od % do %, Datum fakture: od % do %, Dospijeće: do %, Vrsta police: %, Valuta: %, Prikaz: Sve, Status: Sve, Kolektivno: D

OIB/MBR : 50243470991

Podbroj : 000

Naziv/Adresa : POLIKLINIKA SVETI NIKOLA, KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN

Broj fakture	Datum fakture	Datum dospijeća	Stat. fakt.	Val.	Početno stanje	Duguje	Potražuje	Saldo	Dospjeli saldo	Datum dokum.	Datum knjiženja	Iznos naplate	SP
79-FKT-2014-0922003	28.10.14	12.11.14			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	01.06.15	03.06.15	1.243,20	V
79-FKT-2014-0922004	28.10.14	12.11.14			0,00	7.005,60	7.005,60	0,00	0,00	01.06.15	03.06.15	1.756,80	V
										01.06.15	01.06.15	5.000,00	V
										17.07.15	20.07.15	248,80	V
79-FKT-2014-0939252	15.11.14	17.11.14			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2014-1050195	03.12.14	15.12.14			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0049126	07.01.15	22.01.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0172640	04.02.15	16.02.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0248424	05.03.15	16.03.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0304045	24.04.15	15.04.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0380599	06.05.15	15.05.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0449012	02.06.15	15.06.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	17.07.15	20.07.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0545306	06.07.15	15.07.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	28.10.15	30.10.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0627042	04.08.15	17.08.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	28.10.15	30.10.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0738530	03.09.15	15.09.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	27.10.15	06.11.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0859630	02.10.15	15.10.15			0,00	1.243,20	1.243,20	0,00	0,00	27.10.15	06.11.15	1.243,20	V
79-FKT-2015-0859774	02.10.15	15.10.15			0,00	7.005,60	6.872,40	133,20	133,20	28.10.15	28.10.15	7.005,60	V
										28.10.15	04.03.16	-133,20	V
79-FKT-2015-1165051	07.12.15	15.10.15			0,00	-133,20	0,00	-133,20	-133,20				
79-FKT-2015-0995369	03.11.15	16.11.15			0,00	1.243,20	0,00	1.243,20	1.243,20				
79-FKT-2015-1144120	03.12.15	15.12.15			0,00	1.243,20	0,00	1.243,20	1.243,20				
79-FKT-2015-1165052	07.12.15	22.12.15			0,00	266,40	133,20	133,20	133,20	28.10.15	04.03.16	133,20	V
79-FKT-2016-0041322	04.01.16	19.01.16			0,00	1.154,40	0,00	1.154,40	1.154,40				
79-FKT-2016-0208895	03.02.16	18.02.16			0,00	1.154,40	0,00	1.154,40	1.154,40				
79-FKT-2016-0384903	05.03.16	18.03.16			0,00	1.154,40	0,00	1.154,40	1.154,40				
79-FKT-2016-0577398	04.04.16	19.04.16			0,00	1.154,40	0,00	1.154,40	1.154,40				
79-FKT-2016-0777562	04.05.16	19.05.16			0,00	1.154,40	0,00	1.154,40	1.154,40				

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.
Miramarska 22, 10000 Zagreb
OIB: 45302812775

- Izvadak iz poslovnih knjiga -

PREGLED FAKTURIRANE I NAPLAĆENE PREMIJE PO OBVEZNIKU PLAĆANJA

Datum knjiženja naplate: od % do %, Datum fakture: od % do %, Dospijeće: do %, Vrsta police: %, Valuta: %, Prikaz: Sve, Status: Sve, Kolektivno: D

OIB/MBR : 50243470991 Podbroj : 000 Naziv/Adresa : POLIKLINIKA SVETI NIKOLA, KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN

Broj fakture	Datum fakture	Datum dospijeća	Stat. fakt.	Val.	Početno stanje	Duguje	Potražuje	Saldo	Dospjeli saldo	Datum dokum.	Datum knjiženja	Iznos naplate	SP
79-FKT-2016-0842239	16.05.16	19.05.16			0,00	-88,80	0,00	-88,80	-88,80				
79-FKT-2016-0842271	16.05.16	19.05.16			0,00	-88,80	0,00	-88,80	-88,80				
79-FKT-2016-0842270	16.05.16	31.05.16			0,00	444,00	0,00	444,00	444,00				
79-FKT-2016-0842273	16.05.16	31.05.16			0,00	444,00	0,00	444,00	444,00				
79-FKT-2016-1015983	02.06.16	17.06.16			0,00	976,80	0,00	976,80	976,80				
79-FKT-2016-1142159	15.06.16	30.06.16			0,00	19.766,40	0,00	19.766,40	19.766,40				
79-FKT-2016-1155123	16.06.16	30.06.16			0,00	-19.766,40	0,00	-19.766,40	-19.766,40				
79-FKT-2016-1155149	16.06.16	15.07.16			0,00	2.930,40	0,00	2.930,40	2.930,40				
79-FKT-2016-1155174	16.06.16	15.07.16			0,00	-2.930,40	0,00	-2.930,40	-2.930,40				
79-FKT-2016-1155228	16.06.16	15.07.16			0,00	976,80	0,00	976,80	976,80				
79-FKT-2016-1155229	16.06.16	16.08.16			0,00	976,80	0,00	976,80	976,80				
79-FKT-2016-1155230	16.06.16	15.09.16			0,00	976,80	0,00	976,80	976,80				
79-FKT-2016-1155251	16.06.16	17.10.16			0,00	11.721,60	0,00	11.721,60	11.721,60				
79-FKT-2016-1155252	16.06.16	17.10.16			0,00	5.114,40	0,00	5.114,40	5.114,40				
Ukupno:					0,00	60.018,00	30.172,80	29.845,20	29.845,20				

IZRADIO/LA: Ščitnik Jelena




ODOBRIO/LA: Angelina Bitanga



IVANOVIĆ 3102 NOVO NORMA

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071066

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ Prezime i ime ili naziv POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o. 50243470991
 ADRESA Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj Kukuljevića 6, 42000 Vrd MB i OIB
 OSIGURANIK Prezime i ime PREMOZIĆ LIDIJA 13122054859
 ADRESA Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj Lipovnik 108, 42244 Klenovnik MB i OIB
 E-MAIL ADRESA DATUM I MJESTO ROĐENJA 25.6.1987., Vrd SPOL W X Z
 BROJ OSIG. OSOBE U OBY. ZDR. OSIGURANJU (MBO) 149361871
 ZANIMANJE BROJ TELEFONA 098/990 6729
 NAZIV TVRTKE ADRESA TVRTKE

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/>	NORMA	<input type="checkbox"/>	OPTIMA	<input type="checkbox"/>	SELEKTA	<input type="checkbox"/>	MAKSIMA
	DODATNI PROGRAM	DP2	DP4	kn	DP5	DP6 do	EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje 15.10.2014. traje do 15.10.2017. i sklapa se kao višegodišnje.
 Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi kuna
 Popust za obitelj % gotovinu %
 Ukupna godišnja premija 1.332,00 kuna
 Plaćanje godišnje premije u rata
 Posebni uvjeti
 Akontacija premije u iznosu plaćena prema potvrdi br.
 Rate premije dopijevaju na naplatu svake godine.
 Način plaćanja 1. gotovina 2. trajni nalog 3. uplatnica 4. kartica
 5. obustava od plaće 6. virman
 Plaćanje 1. mjesečno 2. tromesečno 3. polugodišnje 4. godišnje

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA I Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV I 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) I 3. Alzheimerova bolest I 4. Ishemična bolest mozga I 5. Cerebralna paraliza I ostali paralički sindromi I 6. Prirodne I stečene bolesti mozga I 7. Kronična srčana dekompozicija I 8. Ishemična bolest srca I 9. Maligni oblik visokog tlaka I 10. Prirodne I stečene srčane greške I 11. Kronična plućna dekompenzacija I 12. Kronična šećerna bolest I 13. Kronične bubrežna insuficijencija I 14. Kronično zatajenje jetre I 15. Ciroza jetre I 16. Ulcerozna upala crijeva I 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, glfa, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva prostate, jajnika) I 18. Maligne bolesti limfatičnog I krvnog sustava I 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima I 20. Ankilozantni spondilitis I 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti I označite koja:
 1. srca I krvnih žila 2. mozga I živčanog sustava 3. dišnih organa 4. bubrega I mokraćnih sustava
 5. jednjaka, želuca I crijeva 6. žlijezda 7. zglobova, kostiju, mišića 8. jetre I žučnih puteva
 9. metabolizma 10. krajexnice 11. spolnih organa 12. duševnih smetnji
 Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju I naziv bolesti.
 2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? DA X NE
 Koju, od kada?
 3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika I zbog čega?
 4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana? DA X NE
 Ako DA, radi čega I koliko dugo ste se liječili?
 5. Bavite li se sportom? DA X NE Rekreativno Amaterski Profesionalno
 Ako DA, kojim?
 6. Uzimate li redovite lijekove? DA X NE
 Ako DA, navedite koja.
 7. Konzumirate li dnevno alkoholna pića? DA X NE
 Koja I koliko?
 8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju? DA X NE
 Ako DA, navedite zbog čega, kada?
 9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI? DA X NE
 Ako DA, priložite med. dokumentaciju.
 10. Vaša visina I cm 165 Vaša težina I kg 59
 11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini? DA X NE
 Ako DA, koliko kilograma?
 12. Koliko cigareta pušite dnevno? Uzimate li sedative ili drogu DA X NE
 13. Ime I prezime izabranog liječnika I ustanove gdje ostvaruje primarnu zdravstvenu zaštitu:
 dr. Tomislav Guranac Vrd

Izjavljujem I potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje I koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako I od strane zdravstvenih ustanova čiju cu uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka I o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primat Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Potpis ponuditelja: Poznanović Potpis pribavitelja: Ivanović
 U Varaždinu, dana _____



MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
 ARB: _____
 U _____, dana _____ faksimil I potpis
 GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
 PONUDU KONTROLIRAO Garić datum I potpis 28.10.14

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038443

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: PREMUŽIĆ LIDIJA
Adresa: LIPOVNIK 108, 42244 KLENOVNIK
Datum rođenja: 25.06.1987.

OIB 50243470991

OIB 13122054859

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.
Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071066

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANOVIĆ 352 NOVOSTAR 28-10-2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071084

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	502434109191
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevićeva 6, 42001 Izd	MB I OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	VULAMA ANAMARIJA	13341440232
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Boranijska 7, 42001 Izd	MB I OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	6-7-1970. Pula	SPOL M X Z
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)		1199092592	
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA	098/494 098	
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju polica se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje 15.10.2014. traje do 15.10.2017. i sklapa se kao višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi kuna.	Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine.
Popust za obitelj % gotovinu %	Način plaćanja	1 gotovina 2 trajni naglog 3 uplatnica 4 kartica
Ukupna godišnja premija 1.332, kuna.		5 obustava od plaće 6 virman
Plaćanje godišnje premije u rata.	Plaćanje	1 mjesečno 2 tromjesečno 3 polugodišnje 4 godišnje
Posebni uvjeti		

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA I Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

- HIV i 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) i 3. Alzheimerova bolest i 4. Ishemična bolest mozga i 5. Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi i 6. Prirodne i stečene bolesti mozga i 7. Kronična srčana dekompozicija i 8. Ishemična bolest srca i 9. Maligni oblik visokog tlaka i 10. Prirodne i stečene srčane greške i 11. Kronična plućna dekompenzacija i 12. Kronična šećerna bolest i 13. Kronična bubrezna insuficijencija i 14. Kronično zatajenje jetre i 15. Ciroza jetre i 16. Ulcerozna upala crijeva i 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika) i 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava i 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima i 20. Ankilozantni spondilitis i 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja: 1. srca i krvnih žila 2. mozga i živčanog sustava 3. dišnih organa 4. bubrega i mokraćnih sustava 5. jednjaka, želuca i crijeva 6. žlijezde 7. zglobova, kostiju, mišića 8. jete i žučnih puteva 9. metabolizma 10. krajčevnice 11. spolnih organa 12. duševnih smetnji Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti	6. Uzimate li redovite lijekove? DA X NE Ako DA, navedite koje
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? DA X NE Koji, od kada?	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pica? DA X NE Koja i koliko?
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega? gubitak težine 2 mjes.	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju? DA X NE Ako DA, navedite zbog čega, kada?
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana? DA NE Ako DA razli čega i koliko dugo ste se liječili?	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI? DA X NE Ako DA, priložite med. dokumentaciju
5. Bavite li se sportom? DA X NE Rekreativno Amaterski Profesionalno Ako DA kojim?	10. Vaša visina l cm 185 Vaša težina l kg 75
	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini? DA X NE Ako DA, koliko kilograma?
	12. Koliko cigareta pušite dnevno? Uzimate li sedative ili drogu DA X NE
	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu: dr. Ivanica Kraljević Čestina

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primatku Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Ivanica Kraljević Čestina Potpis ponuditelja
Ivanica Kraljević Čestina Potpis pribavitelja
u *Ivanica Kraljević Čestina*, dana _____

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
ARB: _____
U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
PONUDU KONTROLIRAO *ganc* 28.10.14 datum i potpis



Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038447

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN

OIB 50243470991

Osiguranik: VULAMA ANAMARIJA
Adresa: BARANJSKA 7, 42000 VARAŽDIN

OIB 13341440232

Datum rođenja: 6.07.1970.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.

Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071084

Ugovaratelj - Osiguranik

NAKVIĆ

3102

NOVO

NOJMA

28-10-2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071071

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPE BROJEI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	501243470991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevićeva 6, 42000 VAR	MB I OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	TISAJ VALERIJA	113617333595
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	SUBAŠIĆEVA 3 42000 VAR	MB I OIB
E-MAIL ADRESA	DATEUM I MJESTO ROĐENJA	valerija.tisaj@gmail.com	10.04.1971 g. VARAŽDIN
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)	SPOL	149436258	M
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA	DIZAJNER - ODJEVNI	098/1858-761 042/330-098
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policica se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4	kn DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.10.2014.	traje do	15.10.2018.	sklapa se kao	višegodišnje.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi		kuna			
Popust za obitelj	%	gotovinu	%		
Ukupna godišnja premija		kuna	1.332,00		
Plaćanje godišnje premije u		rata.			
Posebni uvjeti					

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA I Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

- HIV
- Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti)
- Alzheimerova bolest
- Ishemična bolest mozga
- Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi
- Prirodne i stečene bolesti mozga
- Kronična srčana dekompozicija
- Ishemična bolest srca
- Maligni oblik visokog tlaka
- Prirodne i stečene srčane greške
- Kronična plućna dekompenzacija
- Kronična šećerna bolest
- Kronična bubrezna insuficijencija
- Kronično zatajenje jetre
- Ciroza jetre
- Ulcerozna upala crijeva
- Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika)
- Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava
- Tumori mozga s neuralnim ispadima
- Ankilozantni spondilitis
- Sklerodermija

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja:	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
1. srca i krvnih žila	Ako DA, navedite koje:			
2. mozga i živčanog sustava	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pica?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
3. dišnih organa	Koje i koliko?			
4. bubrega i mokraćnih sustava	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
5. jednjaka, želuca i crijeva	Ako DA, navedite zbog čega, kada?			
6. zglobova, kostiju i mišića	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
7. jetre i žučnih puteva	Ako DA, priložite med. dokumentaciju			
8. melabolizma	10. Vaša visina i cm	172		
9. melabolizma	Vaša težina i kg	58		
10. krajevnice	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
11. spolnih organa	Ako DA, koliko kilograma?			
12. duševnih smetnji	12. Koliko cigareta pušite dnevno?			
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti	Uzimate li sedative ili drogu	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki?	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
Koja, od kada?	dr. Vendić Ivan, Janković Ved			
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?				
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?				
Ako DA radi čega i koliko dugo ste se liječili?				
5. Bavite li se sportom?		DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
Ako DA, kojim?		Rekreativno		Amaterski
				Profesionalno

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.o.o. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.o.o. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primanje Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.o.o.?

U Varaždinu, dana 28.10.2014.

Potpis ponuditelja: Tisaj V. Potpis pribavitelja: Nakvić Potpis ugovaratelja: dr. Vendić Ivan, Janković Ved

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA

ARB: _____

U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn

PONUĐU KONTROLIRAO Galić 28.10.2014 datum i potpis

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038446

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN

OIB 50243470991

Osiguranik: TISAY VALERIJA
Adresa: SVIBOVEČKA 3, 42000 VARAŽDIN

OIB 13617333595

Datum rođenja: 10.07.1971.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.

Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071071

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANEIC

3122

NOVO

NOVA 28 -10- 2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071074

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ Prezime i ime ili naziv **KLINIKA SANTI MIKOLA** MB i OIB **50293440991**
 ADRESA Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj **Kukuljevića b, 4200 Vrd**
 OSIGURANIK Prezime i ime **PETRA MIKAR** MB i OIB **30977394071**
 ADRESA Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj **KRUŽNA 2 42214 SV. ILIJA**
 E-MAIL ADRESA DATUM I MJESTO ROĐENJA **14.02.1985 g. VARDIJA** SPOL **M**
 BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO) **1150396833**
 ZANIMANJE **TEKSTILNI TEHNIČAR** BROJ TELEFONA **098/1854573**
 NAZIV TVRTKE ADRESA TVRTKE

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje 15.10.2014 traje do 15.10.2017 i sklapa se kao višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi _____ kuna.	Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine
Popust za obitelj % gotovinu %	Nacin plaćanja	1. gotovina 2. trajni nalog 3. uplatnica 4. kartica
Ukupna godišnja premija 1332,00 kuna.	5. obustava od plaće	6. virman
Plaćanje godišnje premije u _____ rata.	Plaćanje	1. mjesečno 2. tromesečno 3. polugodišnje 4. godišnje
Posebni uvjeti		

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA | Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralitički sindromi | 6. Prirodne i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodne i stečene srčane graške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronična bubrežna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neurainim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja: 1. srca i krvnih žila 2. mozga i živčanog sustava 3. dišnih organa 4. bubrega i makroćnih sustava 5. jednjaka, želuca i crijeva 6. zlijezda 7. zglobova, kostiju i mišića 8. jetre i žučnih puteva 9. metaboličma 10. kralježnice 11. spolnih organa 12. sluševnih smetnja Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti: _____	6. Uzimate li redovite lijekove? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, navedite koje: _____
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Koji, od koje? _____	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pića? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Koji i koliko? _____
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega? _____	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, navedite zbog čega, kada? _____
4. Jeste li bili na bioivanju u zadnjih godinu dana? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, radi čega i koliko dugo ste se liječili? _____	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI? DA <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> Ako DA, priložite med. dokumentaciju _____
5. Bavite li se sportom? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, kojim? Rekreativno Amaterski Profesionalno	10. Vaša visina i cm 170 Vaša težina i kg 65
	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini? DA <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> Ako DA, koliko kilograma? _____
	12. Koliko cigareta pušite dnevno? _____ Uzimate li sedative ili drogu? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu: dr. prim. dr. Grgurović, Vrd

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ču uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primitak Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Potpis ponuditelja: **Kukuljević**
 Potpis privaljajeta: **IVANEIC**
 U _____, dana _____



MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
 ARB: _____
 U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
 PONUDU KONTROLIRAO **Grgur** datum i potpis **28.10.14**
 17 205 03 01 08 2011

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

STORNIRANA
POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038445

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA

OIB 50243470991

Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN

Osiguranik: MLAKAR PETRA

OIB 30977394071

Adresa: KRUŽNA 2, 42214 SVETI ILIJA

Datum rođenja: 14.02.1975.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.

Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071074

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANAC 3102 NOV SELEKTA 24-10-2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071076

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	50243470991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	L. Kukuruznica 3, 42000 Varaždin	MB I OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	ŠTALJAC DAMIR	05545080162
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Aljuna 14, 42000 Varaždin	MB I OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	6.6.1969. Varaždin	SPOL M Z
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)		149442360	
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA	098/636700	
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

NORMA	OPTIMA	<input checked="" type="checkbox"/> SELEKTA	MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.10.2014.	traje do	15.10.2017.	i sklapa se kao višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi		kuna.			Rate premije doprijevaju na naplatu	svake godine.
Popust za obitelj	%	gotovinu	%	%	Način plaćanja	1. gotovina 2. trajni nalog 3. uplatnica 4. kartica
Ukupna godišnja premija		kuna.	2.424,00		5. obustava od plaća	6. virman
Plaćanje godišnje premije u		rata.			Plaćanje	1. mjesečno 2. tromjesečno 3. polugodišnje 4. godišnje
Posebni uvjeti						

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA I Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) 3. Alzheimerova bolest 4. Ishemična bolest mozga 5. Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi 6. Prirodne i stečene bolesti mozga 7. Kronična srčana dekompozicija 8. Ishemična bolest srca 9. Maligni oblik visokog tlaka 10. Prirodne i stečene srčane greške 11. Kronična plućna dekompenzacija 12. Kronična šećerna bolest 13. Kronična bubrezna insuficijencija 14. Kronično zatajenje jetre 15. Ciroza jetre 16. Ulcerozna upala crijeva 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika) 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima 20. Ankilozantni spondilitis 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja: 1. srca i krvnih žila 2. mozga i živčanog sustava 3. dišnih organa 4. bubrega i mokraćnih sustava 5. jednika, želuca i crijeva 6. zgloba 7. zglobova, kostiju, mišića 8. jetre i žučnih puteva 9. metabolična 10. krajznice 11. spolnih organa 12. duševnih smetnji	6. Uzimate li redovite lijekove? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, navedite koje
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti:	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pica? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Koja i koliko?
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Kada, od kada?	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, navedite zbog čega, kada?
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, priložite med. dokumentaciju
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, reci čega i koliko dugo ste se liječili?	10. Vaša visina i cm 179 Vaša težina i kg 79
5. Bavite li se sportom? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Rekreativno Amaterski Profesionalno Ako DA, kojim?	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini? DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako DA, koliko kilograma?
	12. Koliko cigareta pušite dnevno? <input checked="" type="checkbox"/> Uzimate li sedative ili drogu DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu: dr. Šuhovišćić, Zdr

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primitak Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Potpis ponuditelja: *Vasarić* Potpis pribavitelja: *Ivančić* Potpis ugovaratelja: *Šuhovišćić*

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
 ARB: _____
 U _____, dana _____, faksimil i potpis
 GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
 PONUDU KONTROLIRAO _____ datum i potpis 28.10.14

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik SELEKTA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

**STORNIRANA
POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038444**

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: ŠTAJCAR DAMIR OIB 05545080162
Adresa: ANINA 14, 42000 VARAŽDIN
Datum rođenja: 6.06.1969.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta. Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(SELEKTA)**

Godišnja premija iznosi 2.424,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman
POSEBNI UVJETI:

Plaćanje: Mjesečno

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071076

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANČIĆ

3107

NOVO

NORMA

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br.

205790071067

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO:

INDIVIDUALNO

OBITELJSKO

GRUPNO

GRUPA BROJI

OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI MIKOLA d.o.o.	502434709911
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	L. Kukuljevića 6, 42000 Vrd	MB/OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	VIDEC MARKO	82567663384
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Draškovića 138, Svibovac Poljanski	MB/OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	8.5.1984.	Vrd SPOL X M Z
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)		150313188	
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA		092 / 660 304
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.11.2014.	traje do	15.11.2017.	sklapa se kao	višegodišnje.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi		kuna.		Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Popust za obitelj	%	gotovinu	%	Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine.
Ukupna godišnja premija		kuna.	1.332,00	Način plaćanja	1. gotovina 2. trajni natog 3. uplatnica 4. kartica
Plaćanje godišnje premije u		rata.		5. obustava od plaća 6. virman	
Posebni uvjeti				Plaćanje	1. mjesečno 2. tromjesečno 3. polugodišnje 4. godišnje

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA | Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi | 6. Prirodne i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodne i stečene srčane greške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronična bubrezna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva prostate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 5 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja:	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
1. srca i krvnih žila	Ako DA, navedite koje	
2. mozga i živčanog sustava	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pica?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
3. dišnih organa	Koje i koliko?	
4. bubrega i mokraćnih sustava	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
5. jednjaka, želuca i crijeva	Ako DA, navedite zbog čega, kada?	
6. zglobova	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
7. zglobova, kostiju, mišica	Ako DA, priložite med. dokumentaciju	
8. jetre i žučnih puteva	10. Vaša visina i cm	185
9. metaboličima	Vaša težina i kg	80
10. kratjeznicima	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
11. spolnih organa	Ako DA, koliko kilograma?	
12. duševnih smetnji	12. Koliko cigareta pušite dnevno?	
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti	Uzimate li sedative ili drogu	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki?	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Koju, od kada?	dr. Jarmila Čepić Vrd	
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?		
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?		
Ako DA radi čega i koliko dugo ste se liječili?		
5. Bavite li se sportom?		
DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Rekreativno <input type="checkbox"/> Amaterski <input type="checkbox"/> Profesionalno <input type="checkbox"/>		
Ako DA, kojim?		

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji način predviđenim Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju pu uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristim. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primat uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u iznosu od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Potpis ponuditelja: *[Signature]* Potpis pribavljača: *[Signature]* Potpis ugovaratelja: *[Signature]*

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA

ARB: _____
U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn

PONUĐU KONTROLIRAO _____ datum i potpis

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

STORNIRANA POLICA OSIGURANJA

DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

No 206790038442

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA

OIB 50243470991

Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN

Osiguranik: VIDEĆ MARKO

OIB 82567663384

Adresa: SVIBOVEC PODRAVSKI, DRAVSKA 138, 42209 SRAČINEC

Datum rođenja: 8.05.1984.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.

Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade (NORMA)

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071067

Ugovaratelj - Osiguranik

NAMELO 3122 NOVO NORMA

24-10-2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071069

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	5024347091911
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevićeva 6, 42000 Vrd	MB i OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	VOCAJ FRANO	8684711713915
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	A.E. MIOSIĆA 6, 42000 Vrd	MB i OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	4.10.1995. Vrd	SPOL X M Z
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)		1535948316	
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA		
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.6.2014.	traje do	3.10.2015.	sklapa se kao	višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi		kuna.		Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine.	Način plaćanja	1. gotovina 2. trajninaog 3. uplatnina 4. kartica
Popust za obitelj	%	gotovinu	%				5. obustava od plaće 6. virmen
Ukupna godišnja premija		kuna.	1.332,00	Plaćanje	1. mesečno 2. tromesečno 3. polugodišnje 4. godišnje		
Plaćanje godišnje premije u		rata.		Posebni uvjeti			

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA I Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV I 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) I 3. Alzheimerova bolest I 4. Ishemična bolest mozga I 5. Cerebralna paraliza I ostali paralički sindromi I 6. Prirodene i stečene bolesti mozga I 7. Kronična srčana dekompozicija I 8. Ishemična bolest srca I 9. Maligni oblik visokog tlaka I 10. Prirodene i stečene srčane greške I 11. Kronična plućna dekompenzacija I 12. Kronična šećerna bolest I 13. Kronična bubrezna insuficijencija I 14. Kronično zatajenje jetre I 15. Ciroza jetre I 16. Ulcerozna upala crijeva I 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika) I 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava I 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima I 20. Ankilozantni spondilitis I 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti I označite koja:	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA X NE
1. srca I krvnih žila	Ako DA, navedite koje	
2. mozga I živčanog sustava	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pića?	DA X NE
3. dišnih organa	Koja I koliko?	
4. bubrega I mokraćnih sustava	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?	DA X NE
5. jednjaka, želuca I crijeva	Ako DA, navedite zbog čega, kada?	
6. žlijezda	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?	DA X NE
7. zglobove, kralježni, mišića	Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju	
8. jetre I žučnih puteva	10. Vaša visina i cm	180
9. metaboličma	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?	DA X NE
10. kralježnice	Ako DA, koliko kilograma?	
11. spolnih organa	12. Koliko cigareta pušite dnevno?	
12. guševnih smetnji	Uzimate li sedative ili drogu	DA X NE
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju I naziv bolesti.	13. Ime i prezime izabranog liječnika I ustanove gdje osvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki?		
Koji, od kada?		
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika I zbog čega?		
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?		
Ako DA, razli čega I koliko dugo ste se liječili?		
5. Bavite li se sportom?		
Ako DA, kojim?		

Izjavljujem I potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obraduje I koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako I od strane zdravstvenih ustanova čiju eu uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristim. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka I o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primitak Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Potpis ponuditelja: *Vinko Vidušić*
Potpis pribavljača: *Namele*
Potpis ugovaratelja: *Gabrijel*

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA

ARB: _____

U _____, dana _____ faksimil I potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn

PONUĐU KONTROLIRAO _____ datum I potpis _____

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038441

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: VUČAJ FRANO OIB 86847171395
Adresa: A. K. MIOŠIĆA 6, 42000 VARAŽDIN
Datum rođenja: 4.10.1995.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta. Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Premija ugovorena temeljem sporazuma sa sindikatima

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071069

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANČIĆ 3102 NOVJ SELEKTA

PONUDA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE br. 205790071078

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	50243470991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	1. Kukuljevićeva 6, 42000 Vrd	MB OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	VIČAJ EDITA	71205753899
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	A. L. Mirošić 6, 42000 Vrd	MB OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	12.7.1965. Zagreb	SPOL M X Z
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)	1492591165		
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA	091/206404	
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

NORMA	OPTIMA	<input checked="" type="checkbox"/> SELEKTA	MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.10.2014.	traje do	15.10.2017.	sklapa se kao	višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi	kuna.		Rate premije dospjevaju na naplatu		svake godine.		
Popust za obitelj	%	gotovinu	%	%	Nacin plaćanja		
Ukupna godišnja premija	2.424,00		kuna.		1. gotovina 2. trajanalog 3. uplatnica 4. kartica		
Plaćanje godišnje premije u	rata.		Plaćanje		5. obustava od plaće 6. virman		
Posebni uvjeti					1. mjesečno 2. tromjesečno 3. polugodišnje 4. godišnje		

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA | Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralitički sindromi | 6. Prirodene i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodene i stečene srčane greške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronična bubrezna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja:	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA X NE
1. srca i krvnih žila	Ako DA, navedite koje	
2. mozga i živčanog sustava	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pića?	DA X NE
3. dišnih organa	Koje i koliko?	
4. tubrega i mokraćnih sustava	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?	DA X NE
5. jednika, želuca i crijeva	Ako DA, navedite zbog čega, kada?	
6. žlijezda	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?	DA X NE
7. zglobova, kostiju, mišića	Ako DA, priložite med. dokumentaciju	
8. jetre i žučnih puteva	10. Vaša visina i cm	167
9. metabolična	Vaša težina i kg	63
10. kralježnice	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?	DA X NE
11. spolnih organa	Ako DA, koliko kilograma?	
12. duševnih smetnji	12. Koliko cigareta pušite dnevno?	Uzimate li sedative ili drogu
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti:	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	DA X NE
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki?	Dr. Vinićica Kerčič Cesarica	
Koji, od kada?		
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?		
prehlada prog 2h		
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?		
DA X NE		
Ako DA radi čega i koliko dugo ste se liječili?		
5. Bavite li se sportom?		
DA X NE		
Ako DA, kojim?		

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primitak Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?
 Potpis ponuditelja: *Edita Vičaj*
 Potpis pribavitelja: *Ivančić*
 Potpis ugovaratelja: *[Signature]*

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
 ARB: _____
 U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
 PONUDU KONTROLIRAO _____
 datum i potpis _____



Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik SELEKTA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038440

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: VUČAJ EDITA OIB 71205753849
Adresa: A. K. MIOŠIĆA 6, 42000 VARAŽDIN
Datum rođenja: 10.07.1965.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.

Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(SELEKTA)**

Godišnja premija iznosi 2.424,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispraviti će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071078

Ugovaratelj - Osiguranik

VANČIĆ 3102 NOV SELEKTA

24-10-2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071077

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POKLIMKA SVETI MIKOLA	50243970991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevića 6, 4200 Vrd	MB i OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	VUČAJ JOZEF	15655072812
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	A.K. MIŠIĆA 6, 4200 Vrd	MB i OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	16.5.1964. Poreč	SPOL X M 2
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)		149092588	
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA		091/2206 404
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju polica se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

NORMA	OPTIMA	<input checked="" type="checkbox"/> SELEKTA	MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.7.2014.	traje do	15.10.2017.	sklapa se kao	višegodišnje.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi		kuna.		Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Popust za obitelj	%	gotovinu	%	Rate premije dospijevaju na naplatu	svake godine.
Ukupna godišnja premija		kuna.	2.424,00	Način plaćanja	1. gotovina 2. trajni natog 3. uplatnica 4. kartica
Plaćanje godišnje premije u		rata.		5. obustava od plaće	6. virman
Posebni uvjeti				Plaćanje	1. mjesečno 2. tromjesečno 3. polugodišnje 4. godišnje

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA | Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi | 6. Prirodne i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodne i stečene srčane greške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronične bubrezna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva prostate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja: 1. srca i krvnih žila 2. mozga i živčanog sustava 3. dišnih organa 4. bubrega i mokraćnih sustava 5. jednjaka, želuca i crijeva 6. žlijezda 7. zglobova, kostiju, mišića 8. jetre i žučnih puteva 9. metabolizma 10. krajevnice 11. spolnih organa 12. duševnih smetnji Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti:	6. Uzimate li redovite lijekove? Ako DA, navedite koja	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? Koju, od koje?	7. Konzumirate li dnevno alkohola pica? Koja i koliko?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega? <i>nakon 16.10. održavanja pr. Guy</i>	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju? Ako DA, navedite zbog čega, kada?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana? Ako DA, radi čega i koliko dugo ste se liječili?	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI? Ako DA, priložite med. dokumentaciju	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>
5. Bavite li se sportom? Ako DA, kojim?	10. Vaša visina i cm 187 Vaša težina i kg 95	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>
	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini? Ako DA, koliko kilograma?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>
	12. Koliko cigareta pušite dnevno? Uzimate li sedative ili drogu?	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>
	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu: <i>dr. Vančić Čestica Kerubi</i>	DA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potpisujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primitak Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 3% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?
 Potpis ponuditelja: *Vančić*
 Potpis pribavljača: *Vančić*
 Potpis ugovaratelja: *[Signature]*

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
 ARB: _____
 U _____, dana _____ faksimil i potpis
 GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
 PONUDU KONTROLIRAO _____
 datum i potpis: *Galica, 28.10.14*

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik SELEKTA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038439

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: VUČAJ JOZEF OIB 15655072812
Adresa: A. K. MIOŠIĆA 6, 42000 VARAŽDIN
Datum rođenja: 16.05.1964.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.
Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(SELEKTA)**

Godišnja premija iznosi 2.424,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman
POSEBNI UVJETI:

Plaćanje: Mjesečno

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071077

Ugovaratelj - Osiguranik

MIHAILOVIĆ 3102 NOVO NORMA

24-10-2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071065

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	50243470991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevića 6, 2000 Vela	MB i OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	MIHAILEC MAJA	73873822964
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	JUG 1114 40 Ploče	MB i OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	2.10.1987 - Talas	SPOL M X 2
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)		115466056	
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA		091/493 59 91
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policu se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje 15.10.2014. traje do 15.10.2017. i sklapa se kao višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi _____ kuna.	Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine.
Popust za obitelj % gotovinu % %	Način plaćanja	1. gotovina 2. trajni naglog 3. uplatnica 4. kartica
Ukupna godišnja premija 1352,00 kuna.		5. obustava od plaće 6. virman
Plaćanje godišnje premije u _____ rata.	Plaćanje	1. mjesečno 2. tromjesečno 3. polugodišnje 4. godišnje
Posebni uvjeti		

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA I Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV I 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) I 3. Alzheimerova bolest I 4. Ishemična bolest mozga I 5. Cerebralna paraliza I ostali paralički sindromi I 6. Prirodne i stečene bolesti mozga I 7. Kronična srčana dekompozicija I 8. Ishemična bolest srca I 9. Maligni oblik visokog tlaka I 10. Prirodne i stečene srčane greške I 11. Kronična plućna dekompenzacija I 12. Kronična šećerna bolest I 13. Kronična bubrezna insuficijencija I 14. Kronično zatajenje jetre I 15. Ciroza jetre I 16. Ulcerozna upala crijeva I 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva prostate, jajnika) I 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava I 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima I 20. Ankilozantni spondilitis I 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti I označite koja: 1. srca i krvnih žila 2. mozga i živčanog sustava 3. dišnih organa 4. bubrega i mokraćnih sustava 5. jednjaka, želuca i crijeva 6. žlijezda 7. zglobova, kostiju, mišića 8. jete i žučnih puteva 9. metabolizma 10. kralježnice 11. spolnih organa 12. duševnih smetnji Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti:	6. Uzimate li redovite lijekove? DA X NE Ako DA, navedite koje
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? DA X NE Koji, od kada?	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pica? DA X NE Koja i koliko?
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega? preduzeta mj 21	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju? DA X NE Ako DA, navedite zbog čega, kada?
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana? DA NE Ako DA radi čega i koliko dugo ste se liječili?	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI? DA X NE Ako DA, priložite med. dokumentaciju
5. Bavite li se sportom? DA X NE Rekreativno Amaterski Profesionalno Ako DA, kojim?	10. Vaša visina i cm 165 Vaša težina i kg 55 11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini? DA X NE Ako DA, koliko kilograma?
	12. Koliko cigareta pušite dnevno? / Uzimate li sedative ili drogu? DA X NE
	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu: dr. Permozer Stjepan, Ploče

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljavanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primat uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

U Ploču, dana 28.10.2014.

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
ARB: _____
U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
PONUDU KONTROLIRAO _____
datum i potpis 28.10.14

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038438

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: MIHALEC MAJA OIB 73873822964
Adresa: JUG 1/14, 40323 PRELOG
Datum rođenja: 8.10.1987.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.
Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispraviti će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071065

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANOVIĆ 3122 NOVO NORMA

24-10-2014

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071075

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	5102434709911
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevićeva 6, 12000 Karlovača	MB i OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	REHARDA ANDRIJANA	43684195709
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	4. BOSKOVIĆA 215, 42000 Vrd	MB i OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	22.11.1974. Vrd	SPOL M X 2
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)	1506062210		
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA	015/9166320	
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje 15.10.2014. traje do 15.10.2015. i sklapa se kao višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi: kuna.	Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine.
Popust za obitelji % gotovinu %	Način plaćanja	1. gotovina 2. trajnaling 3. uplatnica 4. kartica
Ukupna godišnja premija 1.332,00 kuna.	5. obustava od plaće	6. vaman
Plaćanje godišnje premije u rata.	Plaćanje*	1. mjesečno 2. tromjesečno 3. potugodišnje 4. godišnje
Posabni uvjeti		

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA | Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi | 6. Prirodne i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodne i stečene srčane greške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronična bubrezna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja:	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA X NE
1. srca i krvnih žila 2. mozga i živčanog sustava 3. dišnih organa 4. bubrega i mokraćnih sustava	Ako DA, navedite koje	
5. jednjaka, želuca i crijeva 6. žlijezda 7. zglobova, kostiju, mišića 8. jetre i žučnih puteva	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pića?	DA X NE
9. metabolizma 10. kralježnice 11. spolnih organa 12. duševnih smetnji	Koja i koliko?	
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti:	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?	DA X NE
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? DA X NE	Ako DA, navedite zbog čega, kada?	
Koju, od kada?	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?	DA X NE
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?	Ako DA, priložite med. dokumentaciju	
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana? DA X NE	10. Vaša visina i cm 170 Vaša težina i kg 80	
Ako DA radi čega i koliko dugo ste se liječili?	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini? DA X NE	
5. Bavite li se sportom? DA X NE Rekreativno Amaterski Profesionalno	Ako DA, koliko kilograma?	
Ako DA, kojim?	12. Koliko cigareta pušite dnevno? Uzimate li sedative ili drogu DA X NE	
	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	
	dr. Tuzman Gilari, Vrd	

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da ne bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju će uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primanje Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju, ZASTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge prema osiguranju zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Emporium Belgrade Potpis ponuditelja
Ivanović Potpis prijavitelja
Reharda Andrijana Potpis ugovaratelja

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA

ARB: _____
 U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn

PONUĐU KONTROLIRAO *Gilari, 28.10.14* datum i potpis

Šifra prijavljača 4949001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038437

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: PEHARDA ANDRIJANA OIB 43684195709
Adresa: RUĐERA BOŠKOVIĆA 21 B, 42000 VARAŽDIN
Datum rođenja: 22.01.1974.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.
Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman
POSEBNI UVJETI:

Plaćanje: Mjesečno

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071075

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANCIĆ 312 NOV NDRMA

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071072

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPE BROJEI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	50243470991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevića 6, 42000 Vrd	MB i OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	LUBICA SEMES	20606510746
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	FABIJANSKA ul. 10, 42000 Vrd	MB i OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	10.03.1964. DABRICEVCI B.4	SPOL M X 2
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)	149222927		
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA	095 1527-9833	
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.10.2014. traje do	15.10.2017. i sklapa se kao višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi	kuna		Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine.
Popust za obitelj	% gotovinu	%	Način plaćanja	1. gotovina 2. trajni nalog 3. uplatnica 4. kartica
Ukupna godišnja premija	kuna	1.332,00	Plaćanje	5. ostavlja se plaće 6. višman
Plaćanje godišnje premije u	rata.		1. mjesečno 2. tromesečno 3. polugodišnje 4. godišnje	
Posebni uvjeti				

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA I Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralitički sindromi | 6. Prirodne i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodne i stečene srčane greške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronične bubrezna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva proslate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja:	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA	NE
1. srca i krvnih žila	Ako DA, navedite koje		
2. mozga i živčanog sustava	7. Konzumirate li dnevno alkoholina pica?	DA	NE
3. dišnih organa	Koja i koliko?		
4. bubrega i mokraćnog sustava	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?	DA	NE
5. jednjaka, želuca i crijeva	Ako DA, navedite zbog čega, kada?		
6. zglobova	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?	DA	NE
7. zglobova, kostiju, mišića	Ako DA, priložite med. dokumentaciju		
8. jetre i žučnih puteva	10. Vaša visina i cm	164	Vaša težina i kg
9. metabolizma	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?	DA	NE
10. krajevnice	Ako DA, koliko kilograma?		
11. spolnih organa	12. Koliko cigareta pušite dnevno?	Uzimate li sedative ili drogu	DA
12. duševnih smetnji	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	br. TATJANA CIKAC	
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju i naziv bolesti			
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki?	DA	NE	
Koji, od kada?			
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?			
4. Jeste li bili na boiovanju u zadnjih godinu dana?	DA	NE	
Ako DA radi čega i koliko dugo ste se liječili?			
5. Bavite li se sportom?	DA	NE	Rekreativno Amaterski Profesionalno
Ako DA, kojim?			

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obraduje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ču uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primetak Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema primama u zavisnosti od 5% u odnosu na tečajna stadi sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Podpis ponuditelja: Semes Podpis pribavitelja: Ivančić Podpis ugovaratelja: [Signature]

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA

ARB: U , dana faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOŠI kn

PONUĐU KONTROLIRAO

datum i potpis 28.10.14

Šifra prijavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038434

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991

Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN

Osiguranik: SEMEŠ LJUBICA OIB 20606510746

Adresa: FABIJANSKA 10, 42000 VARAŽDIN

Datum rođenja: 10.03.1964.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.

Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071072

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANČIĆ 3102 NOV NORMA

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br. 205790071070

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO: INDIVIDUALNO OBITELJSKO GRUPNO GRUPA BROJI OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	POLIKLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	50243470991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevićeva 6, 10000 Zadar	MB i OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	ŠPOLJAREC VALENTINA	79731698099
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Ulica Hrv. branitelja 6a, 10000 Zadar	MB i OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	22.3.1980, Zadar	SPOL M X 2
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)		111335010	
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA		099/774407
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatno zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.10.2014.	traje do	15.10.2014.	sklapa se kao	višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	plaćena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi		kuna.				Rate premije doprijevaju na naplatu	svake godine.
Popusti za obitelj	%	gotovinu	%	%		Način plaćanja	1. gotovine 2. trajni nailog 3. uplatnica 4. kartica
Ukupna godišnja premija		kuna.	1.332,00				5. obustava od plaće 6. virman
Plaćanje godišnje premije u		rata.				Plaćanje	1. mjesečno 2. tromjesečno 3. polugodišnje 4. godišnje
Posebni uvjeti							

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA | Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnosti) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi | 6. Prirodne i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodne i stečene srčane greške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronična bubrezna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva prostate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermija.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja.	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA X NE
1. srca i krvnih žila	Ako DA, navedite koje	
2. mozga i živčanog sustava	7. Konzumirate li dnevno alkohola pica?	DA X NE
3. dišnih organa	Koja i koliko?	
4. bubrega i mokraćnih sustava	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?	DA X NE
5. jednjaka, želuca i crijeva	Ako DA, navedite zbog čega, kada?	
6. šljezda	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?	DA X NE
7. zglobova, kostiju, mišića	Ako DA, priložite med. dokumentaciju	
8. jetre i žučnih puteva	10. Vaša visina i cm	171
9. metabolizma	11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?	65
10. krajexnice	Ako DA, koliko kilograma?	
11. spolnih organa	12. Koliko cigareta pušite dnevno?	
12. duševnih i smetnji	Uzimate li sedative ili drogu	DA X NE
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju / naziv bolesti:	13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	
2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki?	dr. Cikec Tihomir, VZD	DA X NE
Kada, od kada?		
3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?		
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?		DA X NE
Ako DA radi čega i koliko dugo ste se liječili?		
5. Bavite li se sportom?		DA X NE
Ako DA, kojim?		

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji od načina predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeri korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primitak Uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZASTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za 100% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Potpis ponuditelja: *Špoljarec*
 Potpis pribavljača: *Ivančić*
 Potpis ugovaratelja: *Ivančić*

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA
 ARB: _____
 U _____, dana _____ faksimil i potpis
 GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn
 PONUDU KONTROLIRAO _____
 datum i potpis _____

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

Šifra pribavljača 49490001
Polica po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038433

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: ŠPOLJAREC VALENTINA OIB 79731698099
Adresa: ULICA HRVATSKIH BRANITELJA 6 A, 42000 VARAŽDIN
Datum rođenja: 22.03.1980.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.
Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman

Plaćanje: Mjesečno

POSEBNI UVJETI:

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071070

Ugovaratelj - Osiguranik

IVANČIĆ

3102

NVO

NORMA

PONUĐA ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

br.

205790071073

OSIGURANJE SE SKLAPA KAO:

INDIVIDUALNO

OBITELJSKO

GRUPNO

GRUPA BROJI

OSOBA

UGOVARATELJ	Prezime i ime ili naziv	KLINIKA SVETI NIKOLA d.o.o.	50243440991
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	Kukuljevića 6, 4200 Vrd	MB i OIB
OSIGURANIK	Prezime i ime	KANIŠKI ALENKA	87183612537
ADRESA	Ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj	LUDRESKA 5 II, 4200 Vrd	MB i OIB
E-MAIL ADRESA	DATUM I MJESTO ROĐENJA	30.03.1979, VUKOVAR	SPOL M X 2
BROJ OSIG. OSOBE U OBV. ZDR. OSIGURANJU (MBO)	1490581071		
ZANIMANJE	BROJ TELEFONA	091 1581 4081	
NAZIV TVRTKE	ADRESA TVRTKE		

Ovo osiguranje sklapa se prema Općim, Dopunskim i Posebnim uvjetima. Ako CROATIA zdravstveno osiguranje u roku od 8 dana nije dobila ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa dodatni zdravstveno osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju policia se ne potpisuje.

ODABRANI PROGRAM DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> OPTIMA	<input type="checkbox"/> SELEKTA	<input type="checkbox"/> MAKSIMA
DODATNI PROGRAM	DP2	DP4 kn	DP5 DP6 do EUR DP7 DP8

TRAJANJE OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Osiguranje počinje	15.10.2014.	traje do	15.10.2015.	i sklapa se kao	višegodišnje.	Akontacija premije u iznosu	placena prema potvrdi br.
Godišnja premija prije ocjene rizika iznosi		kuna.				Rate premije dopijevaju na naplatu	svake godine.
Popust za obitelj	%	gotovinu	%	%	%	Način plaćanja	1. gotovine 2. transfernog 3. uplatnica 4. kartica
Ukupna godišnja premija		kuna.	1.332,00			5. obustava od plaće	6. virman
Plaćanje godišnje premije u		rata.				Plaćanje	1. mjesečno 2. tromjesečno 3. polugodišnje 4. godišnje
Posebni uvjeti							

POPIS BOLESTI KOJE ISKLJUČUJU PONUDITELJA IZ OSIGURANJA | Ukoliko bolujete od navedenih bolesti ne možete ugovoriti ovo zdravstveno osiguranje.

1. HIV | 2. Duševni poremećaji (alkoholizam i ovisnost) | 3. Alzheimerova bolest | 4. Ishemična bolest mozga | 5. Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi | 6. Prirodne i stečene bolesti mozga | 7. Kronična srčana dekompozicija | 8. Ishemična bolest srca | 9. Maligni oblik visokog tlaka | 10. Prirodne i stečene srčane greške | 11. Kronična plućna dekompenzacija | 12. Kronična šećerna bolest | 13. Kronična bubrežna insuficijencija | 14. Kronično zatajenje jetre | 15. Ciroza jetre | 16. Ulcerozna upala crijeva | 17. Maligne bolesti raznih organa (kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva prostate, jajnika) | 18. Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sustava | 19. Tumori mozga s neuralnim ispadima | 20. Ankilozantni spondilitis | 21. Sklerodermlja.

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITAJTE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠEM ZDRAVLJU:

1. Je li Vam u posljednje 3 godine ustanovljena neka od bolesti i označite koja:	6. Uzimate li redovite lijekove?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
1. srca i krvnih žila	2. mozga i živčanog sustava	3. dišnih organa	4. bubrega i mokraćnih sustava	Ako DA, navedite koje
5. jednjaka, želuca, crijeva	6. žlijezda	7. zglobova, kostiju, mišića	8. jetre i žučnih puteva	7. Konzumirate li dnevno alkoholna pića?
9. metabolična	10. krajevnice	11. spolnih organa	12. duševnih smetnji	Koja i koliko?
Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju i naziv bolesti.	2. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
Koju, od kada?	3. Kada ste zadnji put bili kod liječnika i zbog čega?			
4. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	8. Jeste li bili operirani ili Vam liječnik preporuča operaciju?
Ako DA, razlog, kako dugo ste se ležali?	5. Bavite li se sportom?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
Rekreativno	Amaterski	Profesionalno	Ako DA, kojim?	9. Jeste li u invalidskoj mirovini ili imate utvrđeni postotak HRVI?
10. Vaša visina i cm	168	Vaša težina i kg	69	10. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?
11. Jeste li u zadnjih 6 mjeseci izgubili ili dobili na težini?	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	Ako DA, koliko kilograma?
12. Koliko cigareta pušite dnevno?	Uzimate li sedative ili drogu	DA	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
13. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:	Dr. JANDRASIĆ TATJANA			

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj ponudi istiniti. Potpisom ove Ponude dajem izričito suglasnost CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. da na bilo koji način predviđenih Zakonom o zaštiti osobnih podataka, obrađuje i koristi moje osobne podatke u svrhu obavljanja redovitih poslova od strane CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. tako i od strane zdravstvenih ustanova čiju ću uslugu u okviru prava iz ugovora o osiguranju koristiti. Potvrđujem da sam prije potpisa bio obaviješten/a o namjeni korištenja osobnih podataka i o pravu da se takvoj obradi usprotivim. Potpisom ove ponude potvrđujem primatku uvjeta za osiguranje. Izjavljujem da sam prije sklapanja ugovora o osiguranju pisano obaviješten/a o svim podacima navedenim u čl. 89 Zakona o osiguranju. ZAŠTITNA KLAUZULA Zbog kontinuiranog pružanja kvalitetne usluge premija osiguranja zaštićena je valutnom klauzulom u eurima prema srednjem tečaju HNB. Premija se plaća u kunama. Zaštitna klauzula primjenit će se u slučaju smanjenja vrijednosti domaće valute prema eurima u za više od 5% u odnosu na tečaj na dan sklapanja ugovora.

Gdje ste čuli za CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.?

Potpis ponuditelja: *Kaniški Alenka Ivančić*
 Potpis pribavitelja: *Kaniški Alenka Ivančić*

MIŠLJENJE LIJEČNIKA - CENZORA

ARB: _____

U _____, dana _____ faksimil i potpis

GODIŠNJA PREMIJA NAKON OCJENE RIZIKA IZNOSI _____ kn

PONUĐU KONTROLIRAO _____

datum i potpis

Šifra pribavljača 49490001
Police po ponudi broj
Zamjena police NOVA
Cjenik NORMA

CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE d.d.
ZAGREB, Miramarska 22
OIB 45302812775

POLICA OSIGURANJA
DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
No 206790038432

Temeljem podnijete ponude i ostalih izjava ugovaratelja-osiguranika, a prema Općim uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja, Posebnim uvjetima za osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (arb), te ugovorenim dopunskim i posebnim uvjetima, CROATIA zdravstveno osiguranje dd osigurava ovom Policom:

Ugovaratelj: POLIKLINIKA SVETI NIKOLA OIB 50243470991
Adresa: KUKULJEVIĆEVA 6, 42000 VARAŽDIN
Osiguranik: KANIŠKI ALENKA OIB 87183612537
Adresa: LUDBREŠKA 5/II, 42000 VARAŽDIN
Datum rođenja: 31.03.1957.

Osiguranje počinje 15.10.2014. u 24:00 sata i traje do 15.10.2017. u 24:00 sata u skladu s čl.10.st.1. Općih uvjeta.
Temeljem ove police osiguratelj se obvezuje da će u okviru navedenih uvjeta osiguranja, osigurati pružanje ugovorenog opsega zdravstvenih usluga za:

**Osiguranje proširenog programa specijalističkih pregleda i obrade
(NORMA)**

Godišnja premija iznosi 1.332,00 kn.

Instrument plaćanja: Virman
POSEBNI UVJETI:

Plaćanje: Mjesečno

1. Sistematski pregled obavlja se u Poliklinici Croatia zdravstvenog osiguranja

Zaštitna klauzula:

Premija se plaća u kunama.

Zaštitna klauzula primijenit će se u slučaju smanjenja domaće valute prema EUR-u za više od 5% u odnosu na srednji tečaj HNB na dan sklapanja ugovora.
PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o PDV-u.

Eventualne pogreške na polici ispravit će se u roku od 30 dana od izdavanja police.

CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., 15.06.2016

Za osiguratelja



Glasom ponude br. 205790071073

Ugovaratelj - Osiguranik

štveno

Grupe
osiguranje d.d.

amarska 22



POŠTARINA PLAĆENA
U POŠTANSKOM UREDU
10000 ZAGREB

FINANCIJSKA AGENCIJA
ODJEL PISARNICE - ZAGREB 1

20 -06- 2016

PRELUSTEČAJNE NAGODBE
PRIMANJE I OTPREMA POSTE

KLASA
DR. BROJ

0,450 kg
42000 Varzd UI
VZ 1
LE522819935HR
10942
16. 6. 2016. 17:26:59

U1

D



LE522819935HR

RAVSTVENO OSIGURANJE

USLUGA:

HPE

Sutra do 15 sati

DOPUNSKE

NALOG: 07244492

KUPI: GALOVIĆ IVAN

PLAĆA: Pošiljatelj

Ugovoreni (R1)

MASA(g): 500

OTKUP.: 0,00

FINA

ULICA CESARCA 22