



POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721651

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: PRASAD BUDHA MACAR HARI
OIB: 77687260759 ; Datum rođenja: 04.08.1986
ULICA NIKOLE TESLE 4
40322 OREHOVICA

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klauzula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

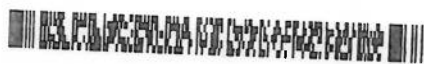
Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 111,48 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 111,48 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 9,29 EUR dostiže 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 9,29 EUR dostiževaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Gotovina

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721651

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te Informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 13.12.2023.

Za osiguratelja



Ugovaratelj - Osiguranik

**POLICA****DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721654**

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: JULUSHRAM CHAUDHARY
OIB: 97276565704 ; Datum rođenja: 31.05.1981
ULICA NIKOLE TESLE 4
40322 OREHOVICA

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klauzula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 144,00 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 144,00 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 10,00 EUR dostiže 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 10,00 EUR dostiževaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Virman

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721654

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti prosljeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 13.12.2023.

Za osiguratelja



Ugovaratelj - Osiguranik

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721655

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: RAJASHEKHAR MOGILI
OIB: 08462973408 ; Datum rođenja: 24.07.1990
ULICA NIKOLE TESLE 4
40322 OREHOVICA

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klauzula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

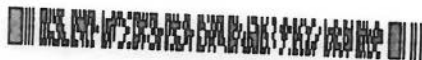
Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 111,48 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 111,48 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 9,29 EUR dospijeva 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 9,29 EUR dospijevaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Gotovina

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721655

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja. Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 13.12.2023.

Za osiguratelja



Ugovaratelj - Osiguranik

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721656

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: BAHADUR OLI CHANDRA
OIB: 66248722916 ; Datum rođenja: 28.02.1983
ULICA NIKOLE TESLE 4
40332 OREHOVICA

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klausula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 144,00 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 144,00 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 9,29 EUR dospijeva 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 9,29 EUR dospijevaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Gotovina

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.



POLICA

DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721656

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja. Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te Informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti prosljeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 13.12.2023.

Za osiguratelja_____
Ugovaratelj - Osiguranik

**POLICA****DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721657**

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: SHARAD RAWAT
OIB: 29570192551 ; Datum rođenja: 10.10.1998
ULICA NIKOLE TESLE 4
40322 OREHOVICA

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klauzula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 111,48 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 111,48 EUR

Dospjeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 9,29 EUR dospijeva 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 9,29 EUR dospijevaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Virman

Oslobođeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.



POLICA

DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721657

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja. Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene informacije ugovaratelju osiguranja: osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju

ZAGREB, 13.12.2023.

Za osiguratelja_____
Ugovaratelj - Osiguranik



POLICA

DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721707

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: REDDY VELMA KISHAN
OIB: 84346981976 ; Datum rođenja: 28.03.1980
ULICA NIKOLE TESLE 4
40322 OREHOVICA

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klausula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 144,00 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 144,00 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 10,00 EUR dostiže 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 10,00 EUR dostiževaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Virman

Osiobođeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.



POLICA

DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721707

Iznos osiguranja za osnovno pokriva: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 14.12.2023.

Za osiguratelja

Ugovaratelj - Osiguranik



POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721715

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: RAVI YAMA
OIB: 18041926112 ; Datum rođenja: 20.02.1981
ULICA NIKOLE TESLE 4
40322 OREHOVICA

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klausula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 144,00 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 144,00 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 10,00 EUR dospijeva 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 10,00 EUR dospijevaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Gotovina

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.



POLICA

DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721715

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te Informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti prosljeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene Informacije ugovaratelju osiguranja osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 14.12.2023.

Za osiguratelja_____
Ugovaratelj - Osiguranik

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721721

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: CARPO BERT
OIB: 36943999273 ; Datum rođenja: 09.05.1988
VINOGRADSKA ULICA 76
42243 MARUŠEVEC

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klausula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

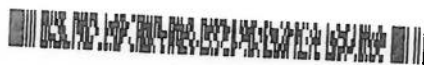
Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 111,48 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 111,48 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 9,29 EUR dospijeva 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 9,29 EUR dospijevaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Gotovina

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721721

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te Informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 14.12.2023.

Za osiguratelja



Ugovaratelj - Osiguranik

**POLICA****DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721726**

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: SANCHEZ SERANO RESTITUTO
OIB: 81448856215 ; Datum rođenja: 07.08.1975
VINOGRADSKA ULICA 76
42243 MARUŠEVEC

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopuskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klausula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

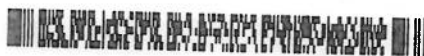
Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 168,00 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 168,00 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 10,00 EUR dostiže 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 10,00 EUR dostiževaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Virman

Osiobođeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.



POLICA

DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721726

Iznos osiguranja za osnovno pokriće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te Informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 14.12.2023.

Za osiguratelja_____
Ugovaratelj - Osiguranik

**POLICA**
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721739

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: KLEN KAROLINA
OIB: 04652810983 ; Datum rođenja: 09.11.2000
JURKETINEC, JURKETINEC 43
42243 MARUŠEVEC

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klauzula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 111,48 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 111,48 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 9,29 EUR dospijeva 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 9,29 EUR dospijevaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Gotovina

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721739

Iznos osiguranja za osnovno pokrće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te Informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 14.12.2023.

Za osiguratelja



Ugovaratelj - Osiguranik



POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721744

Ugovaratelj: FLOOR ROOF PROTECT J.D.O.O.
OIB: 95407282489
TOPLIČKA 2
42000 VARAŽDIN

Osiguranik: DAMIŠ NIKOLA
OIB: 66296907058 ; Datum rođenja: 02.01.1989
ŠENKOVEC, J. BEDEKOVIĆA 11A
40000 ČAKOVEC

Trajanje: Početak: 01.01.2024. u 24.00 do otkaza.
Dugoročno

Za pokriće troškova zdravstvene zaštite primjenjuje se karenca u trajanju od 15 dana.

Sastavni dio ovog ugovora o osiguranju su: Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja u primjeni od 18.12.2020., Klauzula za dopunsko zdravstveno osiguranje, Informacija ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju u primjeni od 26.10.2021.

Premija obračunata do 01.01.2025

Premija osiguranja za razdoblje od 01.01.2024. do 01.01.2025. iznosi 111,48 EUR i plaća se u 12 obroka.

UKUPNO za naplatu: 111,48 EUR

Dospijeće plaćanja: u svakoj godini 1. obrok premije u iznosu od 9,29 EUR dospijeva 01.01., a ostali obroci premije u iznosu od 9,29 EUR dospijevaju 01.02., 01.03., 01.04., 01.05., 01.06., 01.07., 01.08., 01.09., 01.10., 01.11., 01.12.

Način plaćanja premije: Gotovina

Oslobodeno poreza na dodanu vrijednost temeljem čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

POLICA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA br. 389790721744

Iznos osiguranja za osnovno pokriće: neograničeni iznos osiguranja

Potpisom police potvrđujem da je ugovor u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te da sam prije sklapanja istog primio pripadajući dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju, uvjete osiguranja navedene na ovoj polici te Informaciju o zaštiti osobnih podataka. Potpisom police jamčim da sam prilikom prikupljanja osobnih podataka od osiguranika fizičkih osoba i drugih ispitanika (dalje: ispitanici) iste upoznao da će njihovi osobni podaci biti proslijeđeni CROATIA osiguranju d.d. te da CROATIA osiguranje d.d., u svrhu ispunjenja svojih obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, podatke razmjenjuje sa zdravstvenim ustanovama i ordinacijama odnosno zdravstvenim radnicima privatne prakse, temeljem kojih će osiguranici za vrijeme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ostvarivati svoja prava iz osiguranja, isključivo za potrebe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju. Potpisom police ujedno potvrđujem da sam ispitanike upoznao s odredbama o zaštiti osobnih podataka CROATIA osiguranja d.d. temeljem zaprimljene Informacije ugovaratelju osiguranja/osiguraniku prije sklapanja ugovora o osiguranju.

ZAGREB, 14.12.2023.

Za osiguratelja



Ugovaratelj - Osiguranik