

**Izjavu o dobrovoljnoj obustavi od plaće i drugih primanja za premiju osiguranja
Obrazac administrativne zabrane****Kontakt osoba: Nadia Ilić mob: 099 624 59 56****Potvrda****Podaci o Poslovnom partneru: SINDIKATI UDRUŽENI U MATICU HRVATSKIH SINDIKATA, Trg maršala Tita 4/II, 10 000 Zagreb
OIB: 33507893870****POPUNJAVA SINDIKALNI POVJERENIK****Podaci o zaposleniku/članu/ugovaratelju osiguranja:**

Ime i prezime: _____

Oib: _____

Adresa: _____

Napomena: Ova Potvrda vrijedi 30 dana od dana njezinog izdavanja

Datum, potpis, pečat Sindikata

POPUNJAVA POSLODAVAC ČLANA (RAČUNOVODSTVO)**Podaci o Poslodavcu zaposlenika/člana/ugovaratelja osiguranja**

Naziv poslodavca: _____ Kon. Osoba: _____

Adresa: _____ Br. Telefona: _____

Zaposlenik:

Ime i prezime: _____ Oib: _____

Ostvario je prosječnu plaću u zadnja tri (3) mjeseca u visini od: _____ kuna

Obustave na plaću do sada iznose: _____ kuna

Datum i potpis zaposlenika/člana

Datum, potpis, pečat poslodavca

Izjava o dobrovoljnoj obustavi od plaće i drugih primanja za premiju osiguranja

Broj police osiguranja: _____

Iznos godišnje premije osiguranja s uračunatim porezom: _____

Ukupan broj obroka za plaćanje premije: _____

Ugovaratelj osiguranja:

Ime i prezime: _____ OIB: _____

Adresa (ulica, kbr., mjesto): _____

Ovom Izjavom, _____, ugovaratelj osiguranja, izjavljujem i potpisom ove Izjave potvrđujem da sam suglasan da se od moje plaće koju mjesečno primam od mog poslodavca i drugih primanja, obustavlja iznos premije osiguranja prema otplatnom planu koji se nalazi u privitku ove Izjave i koji čini sastavni dio ove Izjave te s kojim sam upoznat i suglasan. Suglasan sam da se obustavljeni iznos uplaćuje na žiro račun društva ERGO osiguranje d.d. u skladu s Ugovorom o poslovnoj suradnji sklopljenim između Poslovnog partnera i ERGO osiguranja d.d. izjavljujem da se ova administrativna zabrana neće ukidati dok u potpunosti ne podmirim svoja dugovanja prema ERGO osiguranju d.d. s naslova premije osiguranja osim u slučaju da prestane moj radni odnos kod sadašnjeg poslodavca i u slučaju da sam dugotrajno privremeno nesposoban za rad (na bolovanju duljem od 42 dana) te u tim slučajevima dajem suglasnost ERGO osiguranju d.d. da promijeni način naplate premije osiguranja i da mi izdaje račune za plaćanje premije osiguranja te se obvezujem da ću izravno plaćati premiju osiguranja ERGO osiguranju d.d. u tim slučajevima kao i da se naplata može vršiti putem FINE te na bilo koji drugi primjeren i zakonom dopušten način.

Potpisom ove Izjave potvrđujem da sam upoznat s time da se iz razloga plaćanja iznosa premije osiguranja u obrocima, iznos premije iskazan na polici i iznos premije naveden u otplatnom planu može razlikovati za manje ili više za maksimalno 1 kunu ukupno. Ukoliko je iznos premije na otplatnom planu veći od iznosa na polici, ugovaratelj osiguranja može od ERGO osiguranja d.d. zatražiti povrat razlike. U suprotnom slučaju, ukoliko je iznos premije na otplatnom planu manji za maksimalno 1 kunu od iznosa iskazanog na polici, ERGO osiguranje d.d. neće od ugovaratelja osiguranja potraživati navedenu razliku.

Potvrđujem da nema prepreke izdavanja ove Izjave i da korištenjem izjave ne dolazi do povrede mojih prava.

Utvrđuje se da ova Potvrda u svrhu ugovora o osiguranju ERGO osiguranja d.d. i ova Izjava o dobrovoljnoj obustavi od plaće za premiju osiguranja (obrazac administrativne zabrane) čine jedinstven dokument koji vrijedi samo u ovom zajedničkom obliku.

Mjesto i datum: _____ Potpis ugovaratelja _____

U privitku: Otplatni plan za plaćanje premije osiguranja – dobiva se prilikom sklapanja police u ERGO osiguranju d.d.