

Područni ured

Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Potvrda o osnovicama osiguranja

I. PODACI O OSIGURANIKU – obvezniku uplate doprinosa

Ime:

Prezime:

Broj obveze: _____ / _____

OIB: _____

MBO: _____

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja: **da * - ne ***

2. PODACI O OSNOVICAMA OSIGURANJA NA OSNOVI KOJIH JE OSIGURANIK BIO OSIGURAN U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU PLAĆE

U razdoblju od _____ do _____, odnosno u mjesecima⁽¹⁾

Osnovica osiguranja za mj./god. ⁽²⁾	Iznos osnovice osiguranja ⁽³⁾	Ukupno obračunat porez i doprinos	Datum uplate doprinosa	Iznos osnovice osiguranja –neto ⁽⁴⁾	Sati privremene nesposobnosti / spriječenosti na teret Zavoda	Radni sati u kalendarskom mjesecu ⁽⁵⁾
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
____ / ____						
____ / ____						
____ / ____						
____ / ____						
____ / ____						
____ / ____						
Ukupno:						

Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja na osnovi kojih je u posljednjih šest mjeseci osiguranik bio obavezan obračunati i platiti doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje, umanjene za zakonom propisane poreze i doprinose

koja iznosi _____⁽⁶⁾ eura po satu odnosno najniža osnovica osiguranja (članak 58. stavak 3. Pravilnika)koja iznosi _____⁽⁷⁾ eura mjesečno – bruto odnosno _____ eura po satu – neto.⁽⁸⁾

3. Podatak o ukupnom iznosu drugog dohotka u skladu sa zakonom kojim se uređuju obvezni doprinosi koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu

u razdoblju od _____ do _____⁽¹⁾

Iznos od _____ eura

utvrđen na osnovi ukupno _____ potvrda/e isplatitelja primitka, koje/u osiguranik prilaže uz ovu Potvrdu.

3.1. Iznos satne osnovice primitaka u eurima: _____⁽⁹⁾.

3.2. Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja i primitaka isplaćenih u posljednjih šest mjeseci

koja iznosi _____ eura po satu – neto.⁽¹⁰⁾

M.P.

U _____, 20 _____ g.

Potpis ovlaštene osobe Zavoda

NAPUTAK O NAČINU POPUNJAVANJA

Potvrdu popunjava u dva primjerka ovlaštena osoba u službi za obračun naknade plaće tijekom privremene nesposobnosti za rad Zavoda, od kojih jedan primjerak dostavlja osiguraniku.

- Upisuje se prvi dan prvoga mjeseca i posljednji dan posljednjeg mjeseca, s naznakom godine šestomjesečnog razdoblja.
- Upisuje se mjeseci, s naznakom godine, za koje je u razdoblju pod (1) utvrđena osnovica osiguranja osiguranika.
- Upisuje se osnovica osiguranja na koju je osiguranik osiguran.
- Upisuje se osnovica osiguranja umanjena za zakonom propisane doprinose i poreze (stupac 2 – stupac 3).
- Upisuje se sati u mjesecu iz stupca 1. prema mjesečnom fondu sati za puno radno vrijeme od 40 sati tjedno.
- Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj osnovica osiguranja podijeli s ukupnim brojem radnih sati (stupac 5. i stupac 7).
- Upisuje se najniža osnovica osiguranja koja služi za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, važeća za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio osiguranik slučaj.
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se osnovica pod (7.), umanjena za zakonom propisane doprinose i porez, podijeli s brojem radnih sati mjeseca na koji se odnosi.
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se ukupno ostvareni drugi dohodak u šestomjesečnom razdoblju (točka 3) podijeli s brojem sati tog razdoblja.
- Upisuje se iznos koji se dobije zbrajanjem iznosa pod (6) i iznosa pod (9).

EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Datum početka privremene nesposobnosti/ spriječenosti po određenoj dijagnozi bolesti <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Datum privremene nesposobnosti/spriječenosti prvi <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> posljednji <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	PN	TJO	/	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti						
OR <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PB <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>						

1. Evidencijske oznake privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

Bolest	Transplantacija u korist druge osigurane osobe	Ozljeda na radu	Profesionalna bolest	Izolacija kliconoše	Izolacija / zaraza u okolini	Posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji			Komplikacije u vezi trudnoće i poroda	Rodiljni dopust	Primjena članaka 139. i 141. Zakona	
								Do sedme godine djeteta	Od sedme do 18. godine djeteta	Od 18. godine djeteta i njega supružnika / životnog partnera			da*	ne*
A0	A1	B0	C0	D0	D1	DR	E0	F6	F3	F5	G0	H1		

Satni iznos osnovice za određivanje naknade plaće _____ eura.

Datum isplate	Isplata izvršena za vrijeme			% od osnovice	Satni iznos naknade plaće	Iznos eura	Kontrolirao (potpis)
	Od	Do	Broj sati				
Ukupno:							