IZJAVA

U **SVRHU NEPRODULJENJA TRAJANJA**

UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

između HZZO i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kao ugovaratelja osiguranja, sklopljen je ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (broj police) s početkom osiguranja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datum početka osiguranja)

Ovime izjavljujem da ne želim da se produlji trajanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju te, sukladno članku XIV Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju smatram da ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju prestaje dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (zadnji dan trajanja osiguranja).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mjesto,datum (vlastoručni potpis ugovaratelja)