Prilog 2:

**IZJAVA**

**U SVRHU RASKIDA**

**UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

između \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kao ugovaratelja osiguranja, sklopljen je ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (matični broj osiguranika - MBO) s početkom osiguranja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datum početka osiguranja)

Ovime izjavljujem da želim raskid ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju te, sukladno Općim uvjetima ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju smatram da ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju prestaje dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (zadnji dan trajanja osiguranja).

mjesto,datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vlastoručni potpis ugovaratelja)