

ИЗЈАВА О ДОБРОВОЉНОЈ ОБУСТАВИ ОД ПЛАТЕ  
( образац – административне забране )

Ја \_\_\_\_\_, доле потписани/на, овлашћујем свог послодавца и дајем налог служби надлежној за обрачун зарада/плата послодавца да од моје нето месечне зараде одбије прву рату у износу од \_\_\_\_\_ динара и остале рате у износу од \_\_\_\_\_ динара, почевши од \_\_\_\_\_ (дан, месец и година) до \_\_\_\_\_ (дан, месец и година), а на име премије осигурања, Понуда бр. \_\_\_\_\_ / Полиса бр. \_\_\_\_\_.

Наведени износ уплаћује се до петог дана у месецу за тај месец, на рачун Републичког фонда за здравствено осигурање - добровољног здравственог осигурања, рачун број: **840-8750-68**, уз обавезну назнаку сврхе уплате: премија за добровољно здравствено осигурање и са бројем Понуде/Полисе.

У случају промене запослења обавезујем се да ћу осигуравача обавестити о називу и седишту новог послодавца и обезбедити одобрење за обуставу дела плате/зараде, односно накнаде, на име плаћања премије.

У случају немогућности плаћања обуставом дела плате/зараде обавезујем се да ћу доспеле обавезе на име премије добровољног здравственог осигурања плаћати путем уплатнице, преко поште или банке.

Датум \_\_\_\_\_ године

Потпис подносиоца захтева

Републички фонд за здравствено осигурање - добровољно здравствено осигурање  
Јована Мариновића 2 , tel: 011/2053-791, 2053-792, e-mail: [dobrovoljno@rfzo.rs](mailto:dobrovoljno@rfzo.rs)  
Факс: (011) 2645-042, 2688-420

ПОПУЊАВА ПОСЛОДАВАЦ  
ПОТВРДА О ЗАПОСЛЕЊУ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Назив послодавца \_\_\_\_\_

Седиште послодавца \_\_\_\_\_

Телефон послодавца \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Е-mail адреса послодавца \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Телефон службе за обрачун зарада \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Матични број послодавца \_\_\_\_\_

Жиро рачун послодавца \_\_\_\_\_

ПИБ послодавца | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

ЈМБГ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Обавезујемо се да ћемо писаним путем да обавестимо Републички фонд за здравствено осигурање - добровољно здравствено осигурање, о свакој промени статуса запосленог.

Сагласни смо и прихватамо овлашћење и налог запосленог о усмеравању плате/зараде, те се обавезујемо, да ћемо редовно измиривати обавезу уплате премије за добровољно здравствено осигурање до петог у месецу за тај месец и да ћемо усмеравати део његових примања у висини од \_\_\_\_\_ динара на рачун број: **840-8750-68**.

Овим изјављујемо, под пуном материјалном и кривичном одговорношћу, да су горе наведени подаци истинити, те их као такве потписујемо.

Име и презиме,

Датум и печат послодавца

Функција и потпис овлашћеног потписника