

(ime i prezime)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Jedinstveni matični broj)

(Adresa-ulica i broj)
(Mjesto i broj pošte)
(Broj telefona)

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
TUZLANSKOG KANTONA, T U Z L A
Poslovница _____**

PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na lično obavezno osiguranje

Poštovani,

Obraćam vam se sa zahtjevom za ostvarivanje prava na lično obavezno osiguranje u skladu sa članom 27. Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Obavještavam vas da **imam/nemam** (precrtati nepotrebno) članove porodice koji bi se osigurali po ovom osnovu.

(ukoliko je potvrđan odgovor ispuniti sljedeće:)

Članovi porodice su (navesti ime i prezime i jmb):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju (nepotrebno precrtaći):

1. Original ili ovjerenu kopiju obrasca PBA-3 (za nosioca i članove porodice) ne stariji od 6 mjeseci;
2. Ovjerenu izjavu (od notara ili drugog ovlaštenog organa) da ima dovoljno sredstava za izdržavanje i da može redovno plaćati doprinose za obavezno zdravstvenog osiguranje i da nije osiguran po drugom osnovu u BiH ili inostranstvu;
3. Dokaz o odjavi sa zdravstvenog osiguranja iz mjesta prebivališta/boravištva;
4. Dokaz o uplati doprinosa (uplatnica ovjerena od strane nosioca platnog prometa);
5. Dokaz o odjavi sa zdravstvenog osiguranja iz inostranstva odnosno van TK;
6. Ovjerena kopija izvoda iz matične knjige vjenčanih (za suprugu/a) ne stariji od 6 mjeseci;
7. Ovjerena kopija izvoda iz matične knjige rođenih za dijete ili djecu;
8. Uvjerenje/potvrda o redovnom školovanju za dijete starije od 15 godina;
9. Popunjeno obrazac ZO3.

(datum i mjesto)

(potpis podnosioca zahtjeva)