



ZAHTJEV ZA IZDAVANJE I POTVRDA O PREUZIMANJU ELEKTRONSKE ZDRAVSTVENE LEGITIMACIJE

Poslovnica zdravstvenog osiguranja _____ Broj zahtjeva: _____

A. ZAHTJEV (zaokružiti) a) za prvo izdavanje e-legitimacije b) za reizdavanje e-legitimacije

Razlog reizdavanja: a) gubitak b) oštećenje c) krađa d) ostalo _____

B. PODACI O OSIGURANIKU

IME		PREZIME	
JMB	_____	Ulica i broj Općina/Grad	
Obveznik uplate doprinosa			

KONTAKT PODACI

Kontakt telefon/mobilni		Kontakt telefon/fiksni	
E-mail			

C. PODACI O ČLANOVIMA PORODICE (samo za članove porodice koji su osigurani preko osiguranika iz tačke B.)

	Ime	Prezime	JMB
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Izjavljujem da su podaci u zahtjevu istiniti, tačni i potpuni, te ukoliko se razlikuju od trenutnih podataka u matičnoj evidenciji, izjavljujem da ću dostaviti odgovarajuću dokumentaciju u svrhu dokazivanja i ažuriranja podataka.

Potpis podnosioca zahtjeva

_____, _____, 202___. godine

Datum prijema zahtjeva: _____. _____. 202___. godine Zahtjev zaprimio:

Saglasnost za obradu ličnih podataka

Kao nosilac ličnih podataka, u skladu sa članom 9. Zakona o zaštiti ličnih podataka ("Službene novine BiH", broj: 12/25), izjavljujem da sam saglasan/saglasna da Zavod zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona kao kontrolor podataka može obrađivati moje lične podatke iz kojih se može utvrditi moj identitet u svrhu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

D. POTVRDA O PREUZIMANJU PRISTUPNIH PODATAKA ZA LICE POD TAČKOM B. I ZA LICA POD TAČKOM: 1., 2., 3., 4., 5.. 6. (zaokružiti)

Potpis službenog lica _____ Datum preuzimanja _____ Potpis osiguranika _____

Broj identifikacionog dokumenta:

Napomena: e-legitimacija vrijedi uz ličnu kartu osiguranog lica ili staratelja. Neovlašteno korištenje e-legitimacije od strane drugog osiguranog lica predstavlja osnov za krivičnu i materijalnu odgovornost korisnika e-legitimacije. Korisnik je obavezan oštećenu e-legitimaciju dostaviti u Zavod, kao i prijaviti gubitak iste.