_____
(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
Poslovnica _____

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 potvrdan odgovor ispuniti sljedeće:)

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

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

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju (nepotrebno precrtati):

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. Popunjen obrazac ZO3.

Datum: _____ _____
(potpis podnosioca zahtjeva)

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.