

Број Потврде

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Филијала: _____

Пословница/експозитура: _____

Датум издавања Потврде: _____

Потврда о здравственом осигурању

1. Подаци о лицу коме се издаје Потврда
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:
2. Подаци о носиоцу осигурања
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:
Носилац осигурања за:

☐ Члана уже породице☐ Члана шире породице☐ Члана породичног домаћинства

Потврда се издаје ради коришћења права из здравственог осигурања до издавања електронске здравствене картице, а најкасније до:

 . . . године
 (датум важења Потврде)

са правом на:

☐ пуни обим права из здравственог осигурања☐ само за случај хитне медицинске помоћи

За осигурано лице за које нису плаћени доспјели доприноси за обавезно здравствено осигурање, у простор предвиђен за уписивање рока важења Потврде (датум важења) уписује се ознака “0” - без ознаке рока до када Потврда важи, у ком случају лице остварује право на здравствену заштиту само у случају хитне медицинске помоћи.

Потврда се користи уз личну карту за лица која су по закону обавезна да имају личну карту.

М.П.

Потпис овлашћеног лица
