

ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ	ОБРАЗАЦ ПР-1
ПОСЛОВНИЦА/ЕКСПОЗИТУРА	
ВРСТА ОБРАСЦА: ☐ ПРИЈАВА ☐ ОДЈАВА ☐ ПРОМЈЕНА ПРИЈАВЕ	ЗА ОСИГУРАНО ЛИЦЕ – ЧЛАНА: ☐ УЖЕ ПОРОДИЦЕ ☐ ШИРЕ ПОРОДИЦЕ ☐ ПОРОДИЧНОГ ДОМАЋИНСТВА

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ (НОСИОЦУ ОСИГУРАЊА)

Презиме и име	Општина пребивалишта	
ЈМБ (или ЈИБ за странце)	Општина пријаве на осигурање	

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНОМ ЛИЦУ

1.	Презиме и име	Сродство са осигураником
	ЈМБ	Пол М Ж
	Адреса пребивалишта/боравка	
2.	Презиме и име	Сродство са осигураником
	ЈМБ	Пол М Ж
	Адреса пребивалишта/боравка	
3.	Презиме и име	Сродство са осигураником
	ЈМБ	Пол М Ж
	Адреса пребивалишта/боравка	

4.	Презиме и име	Сродство са осигураником																	
	ЈМБ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																Пол <table><tr><td>М</td><td>Ж</td></tr></table>	М	Ж
М	Ж																		
Адреса пребивалишта/боравка																			

ОБЈЕРА

Изјава: Под материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да су сви унесени подаци у овој пријави тачни.	Датум стицања/престанка својства осигураног лица																																																												
Датум пријема <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="15">Потпис овлашћеног радника Фонда</td></tr><tr><td colspan="15">М.П.</td></tr></table>																Потпис овлашћеног радника Фонда															М.П.														
Потпис овлашћеног радника Фонда																																																													
М.П.																																																													
Потпис осигураника:																																																													
Напомена: Пријаву, промјену пријаве и одјаву на здравствено осигурање за осигурано лице Фонду подноси осигураник лично према мјесту пријаве, односно пребивалишта осигураника. Подносилац пријаве доставља документацију прописану Правилником о поступку утврђивања својства осигураног лица, вођењу података у матичној евиденцији и изгледу, садржају и поступку издавања и употребе електронске здравствене картице. Затамњене рубрике попуњава Фонд.																																																													

ПРИЛОГ 2

Назив организационе јединице Фонда (захтјева): _____

Назив организационе јединице Фонда (уручења): _____

Број Захтјева: _____

Вријеме Захтјева: _____

Вријеме штампања: _____

Захтјев за издавање – замјену електронске здравствене картице

1. Врста захтјева	☐ Прво издавање картице	☐ Замјена картице
2. Разлог замјене		
☐ Промјена личних података на картици	☐ Оштећена	
☐ Украдена	☐ На други начин недоступна	
☐ Изгубљена		
3. Подаци о осигуранику		
ЈМБ:		
Име и презиме:		
Датум рођења:		
Адреса пребивалишта:		
4. Подаци о осигураном лицу		
ЈМБ:		
Име и презиме:		
Датум рођења:		
Адреса пребивалишта:		

Напомена:
Разлог замјене се попуњава за случај да је одабрана врста захтјева “Замјена картице”.
Картица се издаје осигураном лицу.
У случају да је осигурано лице малолетно, Захтјев за издавање картице подноси законски заступник.

Потпис подносиоца Захтјева

Потпис овлашћеног лица

ПРИЛОГ 3

Назив организационе јединице Фонда (захтјева): _____

Назив организационе јединице Фонда (уручења): _____

Вријеме уручења картице: _____

Вријеме штампања Потврде: _____

1. Подаци о осигуранику		
ЈМБ:		
Име и презиме:		
Датум рођења:		
Адреса пребивалишта:		
2. Подаци о осигураном лицу		
ЈМБ:		
Име и презиме:		
Датум рођења:		
Адреса пребивалишта:		
3. Подаци о картици		
Број картице:		
Датум издавања:		

Преузимањем картице и потписивањем ове потврде осигурано лице или законски заступник потврдио је да је упознат и сагласан са следећим:

1. Електронска здравствена картица представља идентификациони документ којим се доказује својство осигураника или осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања и који омогућава приступ електронском здравственом картону.
2. Осигурано лице, односно законски заступник је сагласан да се здравствени картон води у електронском облику.
3. Према картици која се преузима овом потврдом, осигурано лице, односно законски заступник треба да се односи одговорно као и са било којим другим идентификационим документом.
4. Све новонастале чињенице у вези са картицом, а које се односе на крађу, губитак или оштећење, те промјену личних података на картици, осигурано лице или законски заступник дужан је пријавити најближој организационој јединици Фонда здравственог осигурања Републике Српске, те поднијети захтјев за издавање нове картице.
5. Уколико осигурано лице или законски заступник не пријави крађу или губитак картице, дужно је да сноси трошкове настале злоупотребом картице од другог лица.
6. У случају да осигурано лице оствари право на здравствено осигурање код другог носиоца осигурања, дужан је електронску здравствену картицу вратити Фонду.
7. Картица није преносива и забрањено је њено копирање или коришћење од другог лица.
8. Електронска здравствена картица се израђује без рока важења.
- Електронска здравствена картица која је израђена по прописима који су важили до дана ступања на снагу Правилника о поступку утврђивања својства осигураног лица, вођењу података у матичној евиденцији и изгледу, садржају и поступку издавања и употребе електронске здравствене картице, права из обавезног здравственог осигурања остварује на основу те здравствене картице и након истека рока важења који је одштампан на здравственој картици, све док има утврђено својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању.

Потпис осигураног лица/
законског заступника

Потпис овлашћеног лица

ПРИЛОГ 4

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 том 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
