

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

Изјава: Под материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да су сви унесени подаци у овој пријави тачни.		Датум стицања/престанка својства осигураног лица	
Датум / / пријема:		/ /	
Потпис осигураника:		Потпис овлашћеног радника Фонда М.П.	
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 електронској здравственој картици. Затамњене рубрике попуњава Фонд.			

ПРИЛОГ 2

Назив орг. јединице Фонда (захтјева): _____
Назив орг. 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		
☐ Истек рока важења	☐ Изгубљена	
☐ Промјена личних података на картици	☐ Уништена	
☐ Украдена	☐ На други начин недоступна	

3. Подаци о осигураннику
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

4. Подаци о осигураном лицу
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

Напомена

Разлог Захтјева се попуњава за случај да је одабрана врста захтјева “Замјена картице”.

Картица се издаје осигураном лицу.

У случају да је осигурано лице малољетно, Захтјев за издавање картице подноси законски заступник.

Потпис подносиоца Захтјева

Потпис овлашћеног лица

ПРИЛОГ 3

Назив орг. јединице Фонда (захтјева): _____
Назив орг. јединице Фонда (уручења): _____
Вријеме уручења картице: _____
Вријеме штампања Потврде: _____

Потврда о преузимању електронске здравствене картице

1. Подаци о осигураннику
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:
2. Подаци о осигураном лицу
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

Важи до:

8. Осигурано лице или законски заступник дужан је да поднесе захтјев за издавање нове електронске здравствене картице најкасније 30 календарских дана прије дана истека важеће картице.

Потпис овлашћеног лица

ПРИЛОГ 4

Пословница/Експозитура: _____

Потврда о здравственом осигурању

Адреса пребивалишта:

Адреса пребивалишта:

Носилац осигурања за:

☐ 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:

☐ само за случај хитне медицинске помоћи

За осигурано лице за које нису плаћени доплати доприноси за обавезно здравствено осигурање у простор предвиђен за уписивање рока важења Потврде (датум важења) уписује се ознака "0" - без ознаке рока до којег 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