

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	Пол 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 / /	/ / 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 осигураннику		
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.

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
