

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

JMB

/ Ime i prezime /

/ Adresa /

/Kontakt telefon /

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
KANTONA SARAJEVO**

NAPOMENA:

- *Osiguranici koji su hronični bolesnici, imaju neko akutno oboljenje kao i trudnice dužni su uz izvod priložiti zadnji kontrolni nalaz specijaliste ne stariji od 6 mjeseci.*
- **Pravo na osiguranje moguće ostvariti do 30 dana u kalendarskoj godini.**

Zabilješka referenta:

Z A H T J E V

za izdavanje obrasca :

- BH/HR3 (**Hrvatska**) , BIH/RS 111 (**Srbija**), BIH/SCG 111 (**Crna Gora**), BH/SI (**Slovenija**),
- BH-6 (**Njemačka**), BH/A3(**Austrija**), BH/TR 4 (**Turska**), IT 7 (**Italija**), BH/RM 3 (**Makedonija**),
- YN 111 (**Holandija**), BY 11 (**Belgija**), BH_HU 111 (**Mađarska**), BIH/LU 111 (**Luksemburg**)
- BIH/CZ 104 (**Češka Republika**)

Označiti sa države za koje se traži osiguranje

Period osiguranja za koji se traži obrazac :

1. od _____ do _____ .
2. od _____ do _____ .

Članovi porodice (ako se osiguravaju za vrijeme boravka u inostranstvu):

Ime i prezime	Datum rođenja	Srodstvo
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____

Podnosilac zahtjeva:

Sarajevo, _____ god.

Prilog:

1. Potvrdu o ocjeni zdravstvenog stanja (za sve koji potražuju osiguranje) iz med. ustanove kod koje se vodi zdravstveni karton.
2. Dopunska medicinska dokumentacija (u slučaju hroničnih oboljenja)