Филијала РФЗО

Испостава

ОБРАЗАЦ КЗО - П2

# ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ КАРТИЦА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА (КЗО) ЗА ЗАПОСЛЕНЕ И ЧЛАНОВЕ ПОРОДИЦА

Назив обвезника плаћања доприноса _____

Седиште _____ адреса _____

Шифра делатности ☐☐☐☐ ПИБ - ЈМБГ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| Рд. Бр. | Име<br>Име једног родитеља<br>Презиме | Лични број осигураника<br>Јединствени матични број<br>Основ осигурања (шифра)<br>Пол и датум рођења | Члан породице<br>Сродство<br>Подаци о носиоцу осигурања | Датум пријаве<br>Тренутна овера | Језик и писмо штампе<br>Потпис |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ОО: ☐☐☐<br>Пол ☐ М ☐ Ж<br>Датум рођења: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ | Члан породице: ДА☐НЕ☐<br>Сродство: _____<br>Име: _____<br>Презиме: _____<br>ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐<br>датум пријаве<br>☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐<br>тренутна овера | ☐☐<br>_____<br>_____<br>Потпис |
| 2 | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ОО: ☐☐☐<br>Пол ☐ М ☐ Ж<br>Датум рођења ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ | Члан породице: ДА☐НЕ☐<br>Сродство: _____<br>Име: _____<br>Презиме: _____<br>ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐<br>датум пријаве<br>☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐<br>тренутна овера | ☐☐<br>_____<br>_____<br>Потпис |
| 3 | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ОО: ☐☐☐<br>Пол ☐ М ☐ Ж<br>Датум рођења: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ | Члан породице: ДА☐НЕ☐<br>Сродство: _____<br>Име: _____<br>Презиме: _____<br>ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐<br>ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐<br>датум пријаве<br>☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐<br>тренутна овера | ☐☐<br>_____<br>_____<br>Потпис |

**НАПОМЕНА 1:**
Захтев садржи податке из матичне евиденције Републичког фонда за здравствено осигурање на дан _____

**НАПОМЕНА 2:**
Тачност података у табели захтева потврђује носилац осигурања за себе и чланове своје породице

**М.П.**

_____
Овлашћено лице послодавца