

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Филијала _____

Испостава _____

Број: _____

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

датум издавања потврде

ОБРАЗАЦ ПЗК

ПОТВРДА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Подаци о лицу коме се издаје, односно коме је издата картица:

Име, име једног родитеља и презиме:

Улица, број, улаз, стан:

Место, општина пребивалишта:

Поштански број:

ЈМБГ:

Пол:

Датум рођења:

Лични број осигураника:

Ознака основа осигурања:

Назив основа осигурања:

Назив државе:

Подаци о носиоцу осигурања:

Име и презиме:

ЈМБГ:

Лични број осигураника:

Члан породице:

Сродство лица коме се издаје картица са носиоцем осигурања:

Подаци о обвезнику плаћања доприноса:

Назив и седиште:

Назив места седишта:

ПИБ:

ЈМБГ обвезника плаћања доприноса:

Потврда се издаје ради коришћења права из здравственог осигурања до издавања картице здравственог осигурања, а најкасније до _____ године с правом на :

датум важења потврде

1. пуни обим права из обавезног здравственог осигурања;
2. само за хитну медицинску помоћ;
3. само за случај повреде на раду или професионалног обољења.

За осигурана лица која не испуњавају услов за оверу исправе о осигурању (нису плаћени доспели доприноси), у простор предвиђен за уписивање рока важности Потврде (датум важења) уписује се ознака "0"- без ознаке рока до кој потврда важи. Осигурана лица остварују право на:

1. хитну медицинску помоћ;
2. циљане превентивне прегледе – скрининг према одговарајућим националним програмима;
3. обавезну имунизацију према прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;
4. палијативно збрињавање;
5. обим права из обавезног здравственог осигурања за дете, трудницу и породиљу по закону којим се уређује здравствена заштита деце, трудница и породиља.

Потврда се користи уз личну карту за лица која су по закону обавезна да имају личну карту.

М.П.

ОВЛАШЋЕНО ЛИЦЕ

Име и презиме

Потпис