

Podaci podnosioca zahtjeva i korisnika prava

OBRAZAC BROJ: 2

Ime		Otisak prijemnog pečata
Prezime		
Ime oca		
JMB		
Prebivalište/Adresa		
Komponenta HVO /ARBiH		
Kontakt telefon/mobitel		

**HERCEGOVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA-KANTON
MINISTARSTVO ZA PITANJA BRANITELJA/BORACA MOSTAR****ZAHTJEV
za prestanak prava na zdravstveno osiguranje**

Molim nadležno Ministarstvo da se izvrši odjava sa zdravstvenog osiguranja iz sljedećeg razloga:

- ☐ a) stjecanje prava na zdravstveno osiguranje po drugom temelju, sukladno važećim propisima iz oblasti zdravstvenog osiguranja;
- ☐ b) gubitak statusa na temelju kojega je stečeno pravo;
- ☐ c) prestanak redovitog školovanja korisnika prava;
- ☐ d) smrt korisnika prava.

(Zaokružiti odgovarajuće)

Podaci o članovima obitelji za koje se traži odjava zdravstvenog osiguranja:

Ime, ime oca, prezime	JMB	Srodstvo

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

- Uvjerenje/Obavijest o prebivalištu za podnosioca zahtjeva i punoljetne članove njegove obitelji, ukoliko se zahtjev za odjavu odnosi na člana obitelji;
- Rješenje nadležne službe FZ MIO/PIO da je podnositelj zahtjeva ili član njegove obitelji stekao pravo na mirovinu po propisima mirovinsko-invalidskog osiguranja;
- Rješenje nadležne inozemne službe da je podnositelj zahtjeva ili član njegove obitelji stekao pravo na inozemnu mirovinu;
- Ugovor ili Rješenje o zasnivanju radnog odnosa podnosioca zahtjeva ili člana njegove obitelji;
- Rješenje nadležne službe za braniteljsku skrb, odnosno Uvjerenje organa nadležnog za vojne evidencije o prestanku statusa, na temelju kojeg je priznato pravo na zdravstveno osiguranje;
- Izvadak iz matične knjige umrlih.

Datum: _____ godine

Vlastoručni potpis podnosioca zahtjeva**Napomena:** Tražena dokumentacija ne smije biti starija od 6 mjeseci. Ista se dostavlja u originalu ili ovjerenoj preslici.