

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
ŽUPANIJE POSAVSKE**

ZAHTEJEV ZA IZDAVANJE I POTVRDA O PREUZIMANJU ELEKTRONSKE ZDRAVSTVENE LEGITIMACIJE

Područni ured - _____

Broj zahtjeva: _____

A. ZAHTEJEV (zaokružiti) a) za prvo izdavanje e-legitimacije b) za reizdavanje e-legitimacije

Razlog reizdavanja: a) gubitak b) oštećenje c) krađa d) ostalo _____

B. PODACI O OSIGURANIKU

IME	_____	PREZIME	_____
JMB	_____	Ulica i broj Općina/Grad	_____
Obveznik uplate doprinosa	_____		

KONTAKT PODACI

Kontakt telefon/mobilni	_____
E-mail	_____

C. PODACI O ČLANOVIMA OBITELJI (samo za članove obitelji koji su osigurani preko osiguranika iz točke B.)

	Ime	Prezime	JMB
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

Izjavljujem da su podaci u zahtjevu istiniti, točni i potpuni, te ukoliko se razlikuju od trenutnih podataka u matičnoj evidenciji, izjavljujem da ću dostaviti odgovarajuću dokumentaciju u svrhu dokazivanja i ažuriranja podataka.

Potpis podnositelja zahtjeva

_____, _____, _____, 2024. godine

Datum prijema zahtjeva: _____. _____. 2024. godine

Zahtjev zaprimio: _____

Napomena:

D. POTVRDA O PREUZIMANJU E-LEGITIMACIJE ZA OSOBU POD TOČKOM B, I ZA OSOBE POD TOČKOM: 1., 2., 3., 4., 5., 6.
(zaokružiti)

Potpis službene osobe

Datum preuzimanja

Potpis osiguranika

Broj identifikacijskog dokumenta:

Napomena: E-legitimacija vrijedi uz osobnu iskaznicu osigurane osobe ili staratelja. Neovlašteno korištenje e-legitimacije od strane druge osigurane osobe predstavlja osnovu za kaznenu i materijalnu odgovornost korisnika e-legitimacije. Korisnik je obavezan oštećenu e-legitimaciju dostaviti Zavodu, kao i prijaviti gubitak iste.