



(Ime, ime oca i prezime podnosioca zahtjeva)

(Adresa stanovanja i kontakt telefon)

ZAHTEV

za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje osobama starijim od 65 godina

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Fotokopija lične karte;
2. CIPS list;
3. Rodni list;
4. Kućna lista;
5. Ovjereni izjava da imenovani/a nije ostvario/la pravo na penziju u BiH ili inozemstvu niti je pokrenuo/la postupak za ostvarivanje prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja;
6. Uvjerenje od boračko - invalidske zaštite da se ne vode na evidenciji korisnika lične invalidnine, ortopedskog dodatka, tuđe njege i pomoći;
7. Uplatnica administrativne takse;
8. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja, da se imenovani/a, kao i član porodičnog domaćinstva (bračni partner), ne vode na evidenciji zdravstvenog osiguranja po drugom osnovu.

Bihać, dana _____ 2026. godina

Podnosilac zahtjeva

Za izradu rješenja uplatiti administrativnu taksu u iznosu od **20,00KM** na depozitni račun Grada Bihaća broj: **3385002200163231** otvoren kod Unicredit bank dd Poslovnica Bihać, korisniku br. **722131**-budžet Grada Bihaća, budžetska organizacija **0000000**, poziv na broj **0000000000**, općina **003**.

Napomena: Nepotpuna dokumentacija neće se uzeti u razmatranje!