

\_\_\_\_\_  
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ)

ЗАОКРУЖИТЕ НА КОЈЕМ ПИСМУ ЖЕЛИТЕ  
ДА ВАМ СЕ ОДГОВОРИ НА ЗАХТЈЕВ

\_\_\_\_\_  
(АДРЕСА)

ЛАТИНИЦА      ЋИРИЛИЦА

\_\_\_\_\_  
(БРОЈ ТЕЛЕФОНА)

## **ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ**

**ПРЕДМЕТ: ЗАХТЈЕВ ЗА ПРИЈАВУ НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ**  
**ЛИЦА СТАРИЈИХ ОД 65 ГОДИНА**

**УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛАЖЕМ СЉЕДЕЋУ ДОКУМЕНТАЦИЈУ :**

- 1. УВЈЕРЕЊЕ О ПРЕБИВАЛИШТУ У БРЧКО ДИСТРИКТУ БИХ У ТРАЈАЊУ ПЕТ ИЛИ ВИШЕ ГОДИНА НЕПРЕКИДНО;**
- 2. УВЈЕРЕЊЕ О НЕОСТВАРИВАЊУ ПРИХОДА;**
- 3. УВЈЕРЕЊЕ О НЕОСТВАРИВАЊУ ПОДСТИЦАЈА ЗА ПОЉОПРИВРЕДУ У ИЗНОСУ ОД 5 000, 00 КМ И ВИШЕ У ПРЕТХОДНОЈ ГОДИНИ;**
- 4. УВЈЕРЕЊЕ О НЕПОСТОЈАЊУ ВЛАСНИШТВА НАД НЕКРЕТНИНАМА, ЧИЈА ВРИЈЕДНОСТ ПОРЕЗА НА ГОДИШЊЕМ НИВОУ ПРЕЛАЗИ ИЗНОС ОД 150,00 КМ;**
- 5. ИЗЈАВУ ДА НИСАМ ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАН/А ПО ДРУГОМ ОСНОВУ У БОСНИ И ХЕРЦЕГОВИНИ ИЛИ У ИНОСТРАНСТВУ.**

ДАТУМ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА