

OBRAZAC 7 - ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA LIJEČENJA U INOSTRANSTVU

Zavod zdravstvenog osiguranja
Zeničko-dobojskog kantona

72000 Zenica, dr. A. A. Borića 288
tel:+387 32 466 250; fax:+387 32 466 282



The Health Insurance Institute
of Zenica-Doboj Canton

web: www.zzozedo.ba
e-mail: kzzo.ze@zsozedo.ba

Zahtjev za refundaciju troškova liječenja u inostranstvu

PODACI O OSIGURANOJ OSOBI	Ime i prezime osiguranog lica:
	JMB osiguranog lica:
	Broj tekućeg računa:
	Adresa I broj telefona
OBRAZLOŽENJE	OBRAZLOŽENJE:
	
	
	
	

UZ ZAHTJEV SE PRILAŽE:

(zaokružite priloženu dokumentaciju)

1. Original blok račun/fiskalni račun,
2. Specijalistički nalaz/otpusno pismo iz kojeg je vidljivo da je pružena zdravstvena usluga
- ☐ 3. Potvrda KCU Sarajavo/UKC Tuzla/ KB Zenica da se liječenje dijagnosticiranog oboljenja ne može obaviti u BiH
4. Propisani dvojezični obrazac (ako se radi o hitnom zadesnom slučaju)
5. Lični transakcijski račun otvoren kod komercijalne banke
6. Ukoliko je uz zahtjev priložena kopija tekućeg računa druge osobe uz zahtjev se prilaže ovjerena punomoć (osim za: djecu do 18 godina, redovne učenike i studente koji nemaju svoj račun i osigurani su kao član porodice osiguranika i osobe pod starateljstvom)

Podnosilac osiguranog lica:
