

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 van Zeničko-dobojskog kantona

PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Ime i prezime
osiguranog lica:

Adresa stanovanja:

Broj telefona:

JMB osiguranog lica:

Broj tekućeg računa:

OBRAZLOŽENJE:

UZ ZAHTJEV SE PRILAŽE:

(zaokružite priloženu dokumentaciju)

- Original blok račun/fiskalni račun,
- Specijalistički nalaz/otpusno pismo iz kojeg je vidljivo da je pružena zdravstvena usluga
Ako se ne radi o hitnom zadesnom slučaju potrebno je priložiti i:
- Specijalistički nalaz/otpusno pismo kojim se indicira liječenje van kantona (ako se ne radi o hitnom zadesnom slučaju)
- Odluku Komisije za odobravanje liječenja van Zeničko-dobojskog kantona (ako se ne radi o hitnom zadesnom slučaju)
- Lični transakcijski račun otvoren kod komercijalne banke

- 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)

Potpis osiguranog lica:
