



Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Zeničko-dobojski kanton
Zavod zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona



e-mail: sekretarzzo@zzozedo.ba

ZAHTEJEV ZA IZDAVANJE I POTVRDA O PREUZIMANJU ELEKTRONSKE ZDRAVSTVENE LEGITIMACIJE

Poslovnica zdravstvenog osiguranja

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 doprinos					
KONTAKT PODACI					
Kontakt telefon/mobiln i			Kontakt telefon/fiksni		
E-mail					
C. PODACI O ČLANOVIMA PORODICE (samo za članove porodice koji su osigurani preko osiguranika iz tačke B.)					
	Ime	Prezime		JMB	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

IZJAVA O SAGLASNOSTI ZA OBRADU LIČNIH PODATAKA

Izjavljujem da sam saglasan da Zavod zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona (ZZO ZDK) i ugovorne zdravstvene ustanove svako u okviru svojih nadležnosti prikuplja, obrađuje i pohranjuje moje lične podatke koji spadaju u posebnu kategoriju ličnih podataka za čiju obradu su Zavod i zdravstvene ustanove zakonom ovlašteni (naročito JMB/LIB i medicinska dokumentacija) i koji će biti uključeni i dostupni u IZIS ZDK, u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka BiH u svrhu ostvarivanja mojih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH i drugim podzakonskim propisima, te se u druge svrhe ne smiju koristiti. **U slučaju izmjene podatka, dužan sam o istim obavijestiti Zavod zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona u roku od 30 dana. Potvrđujem da sam pročitao, razumio i da u potpunosti prihvatam uslove obrade ličnih podataka.**

Potpis podnosioca zahtjeva

Datum prijema zahtjeva: _____ .2026. godine	Zahtjev zaprimio: _____
Napomena:	
D. POTVRDA O PREUZIMANJU E-LEGITIMACIJE ZA LICE POD TAČKOM B. I ZA LICA POD TAČKOM C 1., 2., 3., 4., 5., 6. (zaokružiti)	

Potpis službenog lica

Datum preuzimanja

Potpis osiguranika

Broj identifikacionog dokumenta: _____

Napomena: E-legitimacija vrijedi uz ličnu kartu osiguranog lica ili staratelja. Neovlašteno korištenje e-legitimacije od strane drugog osiguranog lica predstavlja osnov za krivičnu i materijalnu odgovornost korisnika e-legitimacije. Korisnik je obavezan oštećenu e-legitimaciju dostaviti Zavodu, kao i prijaviti gubitak iste.