



PODNOŠITELJ ZAHTEJEVA

Ime i prezime

JMBG

Adresa

U Goraždu, __. __. 2025.

POPUNJAVA ZZO BPK-a GORAŽDE

Zaprimljeno dana

Broj

Dokumente zaprimio

ZAHTEJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA

IME I PREZIME OSIGURANIKA _____

JMBG OSIGURANIKA ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

OSNOV OSIGURANJA _____

ADRESA STANOVANJA _____

BROJ TELEFONA _____

BROJ ŽIRORAČUNA ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

OBRAZLOŽENJE

Obraćam se zahtjevom za odobrenje povrata sredstava u iznosu od _____ KM koji je uplaćen
_____ na ime _____.

(naziv bolnice ili druge ustanove)

(zdr.usluga/ortopedsko pomagalo/lijek)

POTPIS PODNOŠITELJA ZAHTEJEVA

Napomena: obavezno popuniti sva polja

Uz zahtjev priložiti:

- medicinsku dokumentaciju na bosanskom jeziku (nalaz specijaliste, otpusno pismo i slično) – kopija;
- računi troškova – fiskalni račun (original);
- zdravstvena legitimacija – (kopija prve tri strane);
- tekući račun banke – (potvrda);
- očitavanje nalaza – (kopija);
- original uputnica ukoliko se radi o zahtjevu osigurane osobe za refundiranje troškova vezanih za usluge pružene u zdravstvenim ustanovama sa kojima Zavod ima Ugovor ili donesen Zaključak Upravnog odbora na osnovu kojeg se može vršiti refundacija za određenu vrstu usluge.

Napomena: ukoliko se uz zahtjev prilaže kopija tekućeg računa druge osobe uz zahtjev se obavezno prilaže original punomoć (izuzev djece do 18. godina).