

**Podaci podnosioca zahtjeva i korisnika prava**

OBRAZAC BROJ: 2

Ime		Otisak prijemnog pečata
Prezime		
Ime oca		
JMB		
Prebivalište/Adresa		
Komponenta ARBiH/ HVO		
Kontakt telefon/mobitel		

**HERCEGOVAČKO-NERETVANSKI KANTON  
MINISTARSTVO ZA PITANJA BRANITELJA/BORACA MOSTAR****ZAHTJEV  
za prestanak prava na zdravstveno osiguranje**

Molim nadležno Ministarstvo da se izvrši odjava sa zdravstvenog osiguranja iz sljedećeg razloga:

- sticanje prava na zdravstveno osiguranje po drugom osnovu, u skladu s važećim propisima iz oblasti zdravstvenog osiguranja;
- gubitak statusa na osnovu kojega je stečeno pravo;
- prestanak redovnog školovanja korisnika prava;
- smrt korisnika prava.

*(Zaokružiti odgovarajuće)*

Podaci o članovima porodice za koje se traži odjava zdravstvenog osiguranja:

Ime, ime oca, prezime	JMB	Srodstvo

**Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:**

- Uvjerenje/Obavijest o prebivalištu za podnosioca zahtjeva i punoljetne članove njegove porodice, ukoliko se zahtjev za odjavu odnosi na člana porodice;
- Rješenje nadležne službe FZ MIO/PIO da je podnosilac zahtjeva ili član njegove porodice stekao pravo na penziju po propisima penzijsko-invalidskog osiguranja;
- Rješenje nadležne inostrane službe da je podnosilac zahtjeva ili član njegove porodice stekao pravo na inostranu penziju;
- Ugovor ili Rješenje o zasnivanju radnog odnosa podnosioca zahtjeva ili člana njegove porodice;
- Rješenje nadležne službe za boračko-invalidsku zaštitu, odnosno Uvjerenje organa nadležnog za vojne evidencije o prestanku statusa, na temelju kojeg je priznato pravo na zdravstveno osiguranje;
- Izvadak iz matične knjige umrlih.

Datum: \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_  
Vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva

**Napomena:** Tražena dokumentacija ne smije biti starija od 6 mjeseci. Ista se dostavlja u originalu ili ovjerenj kopiji.