



# ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **ПП4/1**

## БАРАЊЕ

за издавање на двојазичен образец за престанок на претходно даденото право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ за:  
 лично и/или  членот на семејство \_\_\_\_\_ од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Број на здравствена легитимација				-												-			
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																			
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																			
Вработен во/осигурен преку																			

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето за:  
 лично и/или  членот на семејство, да издаде двојазичен образец за престанок на претходно (со образец на барање ПП4) даденото право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во \_\_\_\_\_, со ден \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_ година.  
(се наведува странската држава)

**Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):**

1. потврда за остварено право на здравствено осигурување од странска држава;
2. потврда за пријава со постојано место на живеење во РМ, издадена од МВР;
3. извод од матичната книга на умрените;
4. извод од матичната книга на разведените.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: \_\_\_\_\_

Подносител на барањето: \_\_\_\_\_