

20121593828

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 27 став 3 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011 и 26/12), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 6 ноември 2012 година, донесе

ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ПРАВИЛНИКОТ ЗА ФОРМАТА И СОДРЖИНАТА НА КАРТИЧКАТА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И ЗА НАЧИНОТ НА НЕЈЗИНОТО ИЗДАВАЊЕ, ВОДЕЊЕ, КОРИСТЕЊЕ И ДОКАЗОТ ЗА ПЛАТЕН ПРИДОНЕС ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 1

Образецот на барањето за издавање на електронска картичка за здравствено осигурување утврден во ставовите 3 и 4 на членот 6 од Правилникот за формата и содржината на картичката за здравствено осигурување и за начинот на нејзиното издавање, водење, користење и доказот за платен придонес за задолжително здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр.159/2010, 24/2011 и 62/2011) како „Образец БК“, се заменува со нов образец кој е составен дел на овој правилник.

Член 2

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство.

Бр. 02-19877/9
6 ноември 2012 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Елена Трпковска, с.р.



Образец БК

БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА	
ЗА НОСИТЕЛ <input type="checkbox"/>	ЗА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ - ЧЛЕН НА СЕМЕЈСТВО <input type="checkbox"/>
ПОДРАЧНА СЛУЖБА	

1. Податоци за обврзникот за уплата По прв пат Реиздавање

Назив	
ЕМБС <input style="width: 100%;" type="text"/>	Деловна единица <input style="width: 100%;" type="text"/>
ЕДБС <input style="width: 100%;" type="text"/>	

2. Податоци за осигуреникот - физичко лице Националност _____ Двојазичност

ЕМБГ <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Име, име на родител/старател и презиме	
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Контакт телефон	E-mail

3. Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)
Сродство _____ Националност _____ Двојазичност

ЕМБГ <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Име, име на родител/старател и презиме	
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)
Сродство _____ Националност _____ Двојазичност

ЕМБГ <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Име, име на родител/старател и презиме	
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)

Сродство _____

Националност _____

Двојазичност

ЕМБГ	
Име, име на родител/старател и презиме	
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)	

Податоци за осигуреното лице - (член на семејство)

Сродство _____

Националност _____

Двојазичност

ЕМБГ	
Име, име на родител/старател и презиме	
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката	
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)	

Упатство/Укажување

Врз основа на ова барање се издава картичка за здравствено осигурување како исправа со која се остваруваат правата од задолжителното здравствено осигурување. Заради избегнување на грешки, пополнувањето на овој образец треба да се врши со најголемо внимание особено со внесување на податоците за личните имиња на албански јазик кои треба да бидат внесени на македонски и албански јазик идентично со документите за лична идентификација. Одговорноста за точноста на податоците и за последиците што може да произлезат од погрешно внесени податоци е на овластените лица или на барателот кој го потпишува образецот. Фондот за здравствено осигурување на Македонија не одговара за евентуалните грешки во картичките, вклучувајќи ги и материјалните последици од издавањето на картичката со погрешни податоци, кога податоците се точно превземени од овој образец

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 ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ИСТИТЕ ДА СЕ КОРИСТАТ СОГЛАСНО ПРОПИСИТЕ ЗА ЗАКОНОТ ЗА ЗАШТИТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

1. примерок за ФЗОМ

Датум _____ 20__ год.

м.п.

Барател/Овластено лице
