



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец 3 -Изјава за БПО

ИЗЈАВА

Од брачни-вонбрачни партнери/деловна жена

Изјавувам/е:

(име презиме и ЕМБГ на жената)

(име презиме и ЕМБГ на партнерот)

ИЗЈАВУВАМЕ дека аплицираме за БПО за:

Прво дете

Второ дете

Трето дете

Четврто дете

(изјавата во точка 1 се однесува за бројот на искористени обиди за БПО во зависност од тоа дали барањето кое го поднесува осигуреното лице е за БПО за прво дете, второ дете, трето дете или за БПО за четврто дете)

1. ИЗЈАВУВАМЕ дека имам-е/немам-е користено здравствени услуги за БПО вкупно _____ пати на товар на средствата на Фондот за здравствено осигурување на Македонија и тоа:

- Остварено право на БПО постапка на товар на Фондот _____ пати;
- Повраток на средства за остварена БПО постапка со решение/жалба на товар на средствата на Фондот _____ пати;
- Упатена на лекување во странство за БПО на товар на средствата на Фондот _____ пати.

2. ИЗЈАВУВАМЕ дека во оваа брачна/вонбрачна заедница имаме _____/немаме заеднички пород.

3. ИЗЈАВУВАМЕ дека не сме во меѓусебно крвно сродство, роднини во права линија до четврти степен, односно роднини во странична линија до втор степен.

4. ИЗЈАВУВАМЕ дека сме запознаени со условите и правилата на Фондот за упатување и спроведување на БПО постапката.

Изјавата ја давам под полна морална, материјална и кривична одговорност.

Дата

Име, презиме и потпис на барателот

Осигурено лице - жена

Име, презиме и потпис на партнерот

Брачен/вонбрачен
