



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање ПП4
Formulari i kërkesës QR4

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РСМ има склучено (преземено)

Договор за социјално осигурување

e lëshimit të formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) Kontratë sigurimi social

Од осигуреникот _____ за:
Nga i siguruari _____ për:
 лично или членот на семејство (_____)
 personalisht ose anëtar i familjes (_____) од
населено место _____ ул. _____ бр. _____
me vendbanim në _____ rr. _____ nr. _____
телефон/telefoni _____.

Број на здравствена легитимација Numri i librezës shëndetësore																									
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот NVAQ i të siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit																									
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit)																									
Вработен во/осигурен преку I punësuar në/I siguruar nëpërmjet																									
Број на трансакциска сметка Numri i llogarisë së transaksionit																									

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето за: лично и/или членот на семејство, да издаде двојазичен образец за право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во _____ почнувајќи од _____.20____ год. или за период од _____ (се наведува странската држава) _____.20____ до _____.20____ год.

Кërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesën për: personalisht



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

dhe/ose anëtar i familjes, të lëshojë formular dygjuhësh për të drejtën e sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në _____

(shënohet shteti i huaj)

duke filluar nga _____.____.20____ ose për periudhën nga _____.____.20____ deri më _____.____.20____.

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

1. Потврда за одјава со постојано место на живеење од РСМ, издадена од МВР;
2. Доказ за престојили потврда за пријава со постојано место на живеење во странската држава, издадено од странската држава;
3. Потврда за пренос (трансфер) на пензија од Фондот за ПИОРСМ (не е задолжително);
4. Извод од матичната книга на родени;
5. Доказ за брачна состојба.

Кërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues (të rrethohet):

1. Vërtetim i çregjistrimit nga vendbanimi i përhershëm në RMV, lëshuar nga MPB-ja;
2. Dëshmi e qëndrimit ose vërtetim i regjistrimit në vendbanim të përhershëm në shtetin e huaj, i lëshuar nga shteti i huaj;
3. Vërtetim i transferimit të pensionit nga Fondi i SPIRMV-së (nuk është i obligueshëm);
4. Certifikatë nga libri amzë i të lindurve;
5. Dëshmi e statusit martesor.

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: