



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

Образец на барање ПП4/1
Formulari i kërkesës QP4/1

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за издавање на двојазичен образец за престанок на претходно даденото 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 ndërprerjen e së drejtës së mëparshme të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka lidhur marrëveshje 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 престанок на претходно даденото право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во _____
(се наведува странската држава)

(Образец на барање ПП4) со ден _____, 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 dhe/ose



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

anëtar i familjes, të lëshojë formular dygjuhësh për ndërprerjen e së drejtës së mëparshme të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në _____

(shënohet shteti i huaj)

(Formular i kërkesës QP4) më datë _____._____.20_____

Документација која во прилог кон барањето ја приложува осигуреното лице:

Dokumentacion të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

1. Потврда за остварено право на здравствено осигурување од странска држава.

1. Vërtetim i realizimit të së drejtës së sigurimit shëndetësor nga shteti i huaj.

Документација која ФЗОPCM може да ја обезбеди по службена должност:

Dokumentacion të cilin FSSHRMV-ja mund ta sigurojë sipas detyrës zyrtare:

1. Потврда за пријава со постојано место на живеење во РСМ, издадена од МВР;
2. Извод од матичната книга на умрените;
3. Извод од матичната книга на разведените.

1. Vërtetim i vendbanimit të përhershëm në RMV, i lëshuar nga MPB-ja;
2. Certifikatë nga libri amzë i të vdekurve;
3. Certifikatë nga libri amzë i të shkurorëzuarve.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.

E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë së Veriut t'i shfrytëzojë të dhënat e shënuara në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.

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 të Dhënave Personale.

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

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: