



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **НЗ**

БАРАЊЕ

За надоместок на плата поради повреда на работа/професионална болест

1. Од осигуреникот _____ од населено место _____ Ул. _____ бр. _____ телефон _____ и e-mail адреса _____.

Број на здравствена легитимација	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Вработен во	<input type="text"/>				
Број на трансакциска сметка	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Од овластено лице _____ со e-mail адреса _____

Единствен здравствен број на овластеното лице	<input type="text"/>
Назив на фирмата	<input type="text"/>

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради повреда на работа/професионална болест .

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
2. Наод оценка и мислење од лекарската комисија¹⁾;
3. Наод, оценка и мислење од лекарска комисија за утврдување на повреда на работа/професионална болест ¹⁾;
4. Записник од Државен инспекторат за труд за утврдување на повреда на работа
5. Повредна листа – ЕТ8 образец;
6. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
4. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

¹⁾ за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот.

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: