

НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА ПОРАДИ ПОВРЕДА НА РАБОТА/ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ

Институција што го издава документот: Фонд за здравствено осигурување на РМ

Опис: Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост заработа поради болест и повреда можат да остварат осигурениците во случај на повреда на работа и професионална болест .

Потребна документација:

- 1.Образец на барање НЗ (на шалтер)
2. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
3. Наод, оценка и мислење од лекарската комисија - *(за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот).;*
4. Наод, оценка и мислење од лекарска комисија за утврдување на повреда на работа/професионална болест- *(за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот);*
5. Записник од Државен инспекторат за труд за утврдување на повреда на работа
6. Повредна листа – ЕТ8 Образец;
7. 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);
8. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

Барањето – Образецот НЗ се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснува приеменштембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите во прилог гозадржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржуваподносителот на барањето.

ВАЖНО:Кон едниот примерок од Барањето - Образец НЗ во прилог се доставува дел од или целадокументација наведена во образецот, и тоа задолжително се означува документацијатакоја се доставува со заокружување на редниот број пред називот на документацијата.На крајот, на празните линии, се впишува местото и датумот на поднесување на барањето и потписот на подносителот на барањето.

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 _____ - _____
ЕМБГ на осигуреникот _____
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот _____



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Вработен во																					
Број на трансакциска сметка	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

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

Единствен здравствен број на овластеното лице	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Назив на фирмата																					

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 - ИСП 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:
