

**ÖSTERREICHISCH-MAZEDONISCHES ABKOMMEN
ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

**АВСТРИСКО-МАКЕДОНСКА КОНВЕНЦИЈА
ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN
WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUFENTHALTES IN MAZEDONIEN** (1)
**ПОТВРДА ЗА ПОСТОЕЊЕ НА ПРАВО ЗА ДАВАЊА ВО НАТУРА
ЗА ВРЕМЕ НА ПРИВРЕМЕН ПРЕСТОЈ ВО МАКЕДОНИЈА**

Abkommen: Art. 11 Abs. 1 lit. b)
Конвенција: Член 11, став 1, параграф б)

Durchführungsvereinbarung: Art. 6
Спогодба за спроведување на Конвенцијата: Член 6

Mazedonisches Aktenzeichen
Македонски број на предметот

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Matrikelnummer
Македонски ЕМБГ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Österreichische Versicherungsnummer
Австриски број на осигурување

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.	Versicherte(r) Осигуреник/чка	Pensionist(in) (2) Пензионер/ка
1.1	Familienname(n) Презиме/иња	Vorname(n) Име/иња
1.2	Geburtsdatum Датум на раѓање	
1.3	Adresse in Österreich (3) Адреса во Австрија	

2.	Familienangehörige (4) Членови на семејство		
	Familienname(n) Презиме/иња	Vorname(n) Име/иња	Geburtsdatum Датум на раѓање
2.1			
2.2			
2.3			
2.4			
2.5			
2.6	Ständige Adresse in Österreich (3) (5) Постојана адреса во Австрија		

3.	Wichtige Hinweise für die Leistungsanspruchnahme in Mazedonien Важни забелешки за користење на давања во натура во Македонија
3.1	<p>Diese Bescheinigung ist grundsätzlich vor der Leistungsanspruchnahme der für den Aufenthaltsort in Betracht kommenden Außenstelle des Fonds für Krankenversicherung (FZOM) vorzulegen, die eine mazedonische Bescheinigung ausstellen und auch Auskünfte über ihre Vertragspartner erteilen wird. Wenn der Gesundheitszustand der vorgenannten Person(en) während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Mazedonien unverzüglich die Gewährung von Leistungen erfordert, können diese zu Lasten des zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers nur bei einem Arzt, einem Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung, die in einem Vertragsverhältnis zum FZOM stehen, in Anspruch genommen werden.</p> <p>Овој образец, во основа, треба да се достави до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) во местото на привремениот престој пред користење на давања во натура, која ќе издаде македонска потврда и список на договорни здравствени установи.</p> <p>Доколку за време на привремениот престој во Македонија здравствената состојба на претходно наведеното лице (лица) неодложно бара давања во натура, истите може да паднат на товар на надлежниот австриски носител за здравствено осигурување само ако се користени во здравствена установа која има склучено договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ).</p>

4.

- 4.1 Auf Grund dieser Bescheinigung können die Sachleistungen
Врз основа на оваа потврда се одобруваат давања во натура
vom bis einschließlich gewährt werden.
од заклучно до

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Надлежен австриски носител на здравствено осигурување

- 5.1 Name
Име
.....
- 5.2 Adresse ⁽³⁾
Адреса
.....
- 5.3 Stempel
Печат
- | | | |
|--|----------------|------------------------|
| | Datum
Датум | Unterschrift
Потпис |
| | | |

Hinweise
Објаснување

- (1) Die Bescheinigung ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der **Außenstelle des Fonds für Krankenversicherung** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.
Потврдата ја пополнува **надлежниот австриски носител на здравствено осигурување** и треба да ја предаде на соодветното лице или на **Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување**, доколку потврдата била издадена на негово барање.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Потребното да се обележи.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Поштенски број, место, улица и број, држава.
- (4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.
Да се пополни само ако членовите на семејство немаат право на давања во натура.
- (5) Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der in Rubrik 1 angegebenen Adresse abweicht.
Да се пополни само ако оваа адреса се разликува од наведената адреса во рубрика 1.

WICHTIGER HINWEIS FÜR DEN ANSPRUCHSBERECHTIGTEN
ОБЈАСНУВАЊЕ ЗА ЛИЦЕТО-ИМАТЕЛ НА ПРАВОТО

Der Beginn eines ärztlich bestätigten Krankenstandes ist zur Wahrung der Leistungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Frist von einer Woche der **Außenstelle des Fonds für Krankenversicherung** zu melden!

Почетокот на лекарски потврдена здравствена состојба се пријавува во законскиот рок од една недела кај Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување заради задржување на правото на побарување.