

**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: Ч лен 11, став 1, параграф б)

Durchführungsvereinbarung: Art. 6

Спогодба за спроведување на Конвенцијата:
Ч лен 6

Mazedonisches Aktenzeichen

Македонски број на предметот

Matrikelnummer

Македонски ЕМБГ

Österreichische Versicherungsnummer

Австриски број на осигурување

1.	Versicherte(r) Осигуреник/ч ка	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) Ч ленови на семејство																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Familienname(n) Презиме/иња</th> <th>Vorname(n) Име/иња</th> <th>Geburtsdatum Датум на раѓање</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td></td> <td></td> <td> . .</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td></td> <td></td> <td> . .</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td></td> <td></td> <td> . .</td> </tr> <tr> <td>2.4</td> <td></td> <td></td> <td> . .</td> </tr> <tr> <td>2.5</td> <td></td> <td></td> <td> . .</td> </tr> <tr> <td>2.6</td> <td colspan="3">Ständige Adresse in Österreich (3) (5) Постојана адреса во Австрија</td> </tr> </tbody> </table>		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		
	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.	
3.1	<p>Wenn der Zustand der vorgenannten Person(en) während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Mazedonien unverzüglich Leistungen erfordert, hat (haben) sie Anspruch auf Sachleistungen zu Lasten des zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers. Кога состојбата на горе наведеното/е лице/а за време на привремен престој во Македонија неопходно бара услуги, тоа/тие има/имаат право на давања во натура на товар на надлежниот австриски носител на здравствено осигурување.</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.

WICHTIGE HINWEISE FÜR DEN ANSPRUCHSBERECHTIGTEN
ОБЈАСНУВАЊЕ ЗА ЛИЦЕТО-ИМАТЕЛ НА ПРАВОТО

Diese Bescheinigung ist im Bedarfsfall der Außenstelle des Fonds für Krankenversicherung vorzulegen.

Во случај на потреба, оваа потврда се поднесува кај Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување.

WICHTIG
ВАЖНО

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.