

ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A MACEDÓNSKOU REPUBLIKOU

O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ

ДОГОВОР ПОМЕЃУ СЛОВАЧКА РЕПУБЛИКА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

ПОТВРДЕНИЕ О SČÍTANÍ DŮV POISTENIA⁽¹⁾ПОТВРДА ЗА СОБИРАЊЕ НА ПЕРИОДИТЕ НА ОСИГУРУВАЊЕ⁽¹⁾

Zmluva: článok 10 / Договор: член 10

Vykonávacia dohoda: článok 5 / Административна спогодба: член 5

ČASŤ A - ŽIADOSŤ / ДЕЛ А – БАРАЊЕ

1. Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska /

Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија

1.1. Názov / Назив

1.2. Adresa / Адреса⁽²⁾

2. Osoba, na ktorú sa vzťahuje žiadosť/Лице за кое се однесува барањето

2.1. Priezvisko / Презиме

Meno / Име

Dátum narodenia / Датум на раѓање

2.2. Adresa v / Адреса во⁽²⁾

- Slovenskej republiky / Словачка:

- Macedónskej republiky/ Македонија:

2.3. Osobné identifikačné číslo v / Број за идентификација во:

- Slovenskej republiky (OİČ) / Словачка (OİЧ)

- Macedónskej republiky (EMBG) / Македонија (ЕМБГ)

3. Posledná zárobková činnosť, ktorá zakladala poistenie osoby v bode 2 / Последно вработување на основа на кое лицето наведено во точка 2 било осигурено

3.1. Ako / Како⁽³⁾☐

Zamestnanec / Вработено лице

☐

SZČO / самовработено лице

☐

Ostatné / Останато

3.2. Názov zamestnávateľa / Назив на работодавачот

3.3. Adresa / Адреса⁽²⁾

4. Žiadame o potvrdenie obdobia poistenia od do dosiahnuté na účely:

Наведете ги периодите на осигурување од до во случај на

☐ peňažnej dávky v chorobe a materstve
болест и мајчинство, парични давања☐ vecnej dávky v chorobe a materstve
болест и мајчинство, давања во натура

5. Slovenská príslušná inštitúcia / надлежна словачка институција

5.1. Názov / Назив

5.2. Adresa / Адреса⁽²⁾

5.3. Identifikačné číslo inštitúcie

Dátum / Датум

Pečiatka / Печат

Podpis / Потпис

ČASŤ B - ODPOVEĎ/ ДЕЛ Б - ОДГОВОР**6. Slovenská príslušná inštitúcia / надлежна словачка институција**

6.1. Názov / Назив

6.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾**7. Osoba uvedená v bode 2. /Лицето наведено во точка 2.**

7.1. ☐ získala nasledovné doby poistenia podľa našej legislatívy / ги има остварено следните периоди на осигурување согласно нашите правни прописи

od / од

do / до

druh poistenia / Вид на осигурување⁽⁴⁾

7.2. ☐ nezískala žiadne doby poistenia podľa našej legislatívy/ нема остварено периоди на осигурување согласно нашите правни прописи

8. Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska / Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија

8.1. Názov / Назив

8.2. Adresa /Адреса ⁽²⁾

Dátum / Датум

Pečiatka / Печат

Podpis / Потпис

POUČENIE /УПАТСТВА

(1) Slovenská príslušná inštitúcia vyplní časť A tlačiva a doručí ho v dvoch vyhotoveniach pobočke Fondu zdravotného poistenia Macedónska. Pobočka Fondu zdravotného poistenia Macedónska vyplní časť B tlačiva a vráti jedno vyhotovenie slovenskej príslušnej inštitúcii. Надлежна словачка институција го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до надлежната словачката институција.

(2) PSČ, mesto, ulica, číslo domu / Поштенски број, град, улица и број

(3) Zodpovedajúce vyznačte krížikom / Потребното да се обележи со крвче

(4) Uvedte druh poistenia použitím nasledovných kódov / Наведете го видот на осигурување со користење на следните шифри:

A = zamestnanec / вработено лице

B = samostatne zárobkovo činná osoba / самовработено лице

C = ostatné / останато