

Подносилац захтјева: _____
ЈИБ: _____
Број жиро рачуна: _____
Организациони код: _____
Адреса и сједиште: _____
Број телефона: _____
Контакт особа: _____
E-mail адреса: _____

**Фонду здравственог осигурања
Републике Српске, Бања Лука**

Филијала: _____

Пословница: _____

Предмет: З а х т ј е в, доставља се

Обраћам се захтјевом за (означити једно од поља):

**- поврат накнаде нето плате исплаћене раднику
за вријеме привремене спријечености за рад**

☐

- обезбјеђење накнаде лицу (осигуранику) који обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност као основно занимање за вријеме привремене спријечености за рад

☐

Захтјев се односи на период од _____ до _____, у укупном износу од _____ КМ (словима: _____ конвертибилних марака и _____/100).

Уз захтјев се доставља (заокружити):

1. извјештаји о трајању привремене спријечености за рад,
2. налаз, оцјена и мишљење првостепене или другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад или у случају болничког лијечења – копија отпусног писма/потврде да се осигураник налази на болничком лијечењу,

3. Списак радника за које се подноси захтјев за поврат исплаћене накнаде нето плате на обрасцу Реф – 02,
4. обрачун за поврат исплаћене накнаде нето плате на обрасцу Реф – 03, уз који се прилажу потписани и овјерени писмени обрачуни плата за мјесеце који улазе у основ за обрачун просјечне бруто плате,
5. потписан и овјерен писмени обрачун плате за мјесец за који се тражи поврат накнаде нето плате,
6. копија рјешења или други доказ о обављању привредне, предузетничке или професионалне дјелатности као основно занимање (само уз образац Реф – 04),
7. обрачун за исплату накнаде за лице (осигураника) које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност на обрасцу Реф – 04.

Одговорно лице

(мјесто и датум)

М. П.

ПРИЛОГ 2
Образац Реф – 02

Списак радника
за које се подноси захтјев за поврат исплаћене накнаде нето плате

Редни бр.	Име и презиме радника	Период у мјесецу за који се тражи поврат (податке навести по преданим обрасцима Реф – 03)	Износ накнаде
...			
Укупан износ захтјева за накнаду средстава:			

М. П.

Одговорно лице

ПРИЛОГ 3
Образац Реф – 03

Обрачун за поврат исплаћене накнаде нето плате

Подаци о раднику

Име и презиме:

ЈМБ:

Укупан радни стаж осигураника:

Укупан радни стаж код послодавца:

Напомена:

Под стажом осигурања по основу радног односа подразумијева се да је раднику основ осигурања радни однос који у периоду прије подношења захтјева за поврат исплаћене накнаде плате траје најмање три мјесеца непрекидно или који у последњих 18 мјесеци прије подношења захтјева за поврат исплаћене накнаде плате са прекидима траје најмање шест мјесеци.

Елементи за обрачун

Навести бруто плате осигураника које би остварио да је био на раду у периоду од шест мјесеци који претходе мјесецу за који се врши обрачун:

Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;

Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;

Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;

Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;

Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;

Бруто плата коју би остварио у мјесецу _____ године износи _____ КМ;

Просјечна бруто плата износи: _____ КМ.

Период у мјесецу за који се тражи поврат накнаде нето плате која је исплаћена раднику: од _____ до _____

Укупан број радних сати у наведеном мјесецу: _____

Укупан број сати привремене спријечености за рад у наведеном мјесецу: _____

Проценат за поврат (обавезно заокружити): 70%, 90% или 100% од основа

Износ за поврат накнаде нето плате: _____ КМ

Уписати начин обрачуна накнаде плате

Напомена:
Законом о обавезном здравственом осигурању (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 93/22 и 132/22) чланом 85. став 1. прописано је да послодавац има право Фонду да поднесе захтјев за поврат накнаде нето плате исплаћене раднику у складу са основом из члана 83. ст. 1, 2. и 3. и процентима дефинисаним у члану 83. став 4. Закона.

Одговорно лице

(мјесто и датум)

М. П.

ПРИЛОГ 4

Образац Реф – 04

Обрачун за исплату накнаде за лице (осигураника) које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност

Подаци о осигураннику

Име и презиме:

ЈМБ:

Елементи за обрачун накнаде

Период у мјесецу за који се тражи накнада:

оддо

Укупан број радних сати у наведеном мјесецу:

Укупан број радних сати привремене спријечености за рад у наведеном мјесецу:

Просјечна бруто плата у Републици Српској за претходну годину износи _____ КМ

Основица која је примијењена приликом уплате доприноса на просјечну бруто плату _____ %

Проценат за поврат (заокружити): 70%, 90% или 100% од основа

Износ захтјева за исплату накнаде: _____ КМ

Уписати начин обрачуна накнаде:

Напомена:
Износ просјечне бруто плате за претходну годину у Републици Српској се множи са основицом за обрачун и уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање која је прописана Законом о доприносима.
Добијени износ се дијели са укупним бројем радних сати у мјесецу за који се тражи обезбјеђење накнаде. Добијени износ се множи са укупним бројем радних сати привремене спријечености за рад за мјесец за који се тражи накнада. На добијени износ примјењује се прописани проценат (70%, 90% или 100% од основа) и добија се износ накнаде.

Одговорно лице

(мјесто и датум)

М. П.

ПРИЛОГ 5

ИЗВЈЕШТАЈ О ТРАЈАЊУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

ПОДАЦИ О УПЛАТИОЦУ ДОПРИНОСА

Назив и шифра здравствене установе		Назив уплатиоца доприноса	
Шифра доктора		ЛИБ уплатиоца доприноса	

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ

Презиме и име	
ЈМБ осигураника	
Датум рођења	Дан _____ мјесец _____ година _____
Адреса стана, мјесто, улица и број	
Број картона	Пол М Ж

ПОДАЦИ О ТРАЈАЊУ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Први дан привремене спријечености за рад	Последњи дан привремене спријечености за рад
За потпуну спријеченост од до 20.....	
За скраћено радно вријеме од до 20.....	
У болници од до 20.....	
Упућен на комисију:	ДА НЕ

РАЗЛОГ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

1. Болест	2. Малигна болест	3. Медицинско испитивање	4. Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	5. Њега обољелог члана уже породице – дјетета млађег од 15 година
6. Њега обољелог члана уже породице старијег од 15 година	7. Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести	8. Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести	9. Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године	10. Повреда ван рада
11. Мјера обавезне изолације као клицоноше	12. Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини осигураника	13. Добровољно давање органа, ткива или ћелија	14. Повреда на раду	15. Професионална болест
Да ли је болест или повреду проузроковало треће лице	ДА НЕ	Шифра спољњег узрока повреде		Да ли је рецидив
МКБ шифра почетне дијагнозе		МКБ шифра коначне дијагнозе		ДА НЕ Назив коначне дијагнозе

Мјесто: _____	Потпис доктора
Датум: _____ 20 ____ год.	М. П. _____

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Комисија (навести број и сједиште)	Број здравственог картона:	Број и датум оцјене:
Име и презиме осигураног лица	ЈМБ	Адреса пребивалишта и контакт телефон
Назив и сједиште послодавца	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима
МКБ шифра и назив дијагнозе	Повреда на раду (ДА – НЕ)	Први дан привремене спријечености за рад

Подаци о ранијим оцјенама првостепене комисије:

(Да ли је првостепена комисија утврдила постојање привремене спријечености за рад и до када?)

Подаци о медицинском вјештачењу из пензијско-инвалидског осигурања:

(Да ли је предат захтјев за оцјену радне способности и када, да ли је уложио жалбу и када, да ли је раније вршено медицинско вјештачење, када и која је била оцјена?)

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

☐ Осигураник је способан за рад са даном _____;

☐ Продужава се привремена спријеченост за рад до _____ уз сљедеће образложење _____.

Предлаже се доктору медицине специјалисти породичне медицине код којег је осигураник регистрован:

☐ да осигураника упути да са потребном медицинском документацијом поднесе захтјев надлежној установи за пензијско и инвалидско осигурање ради оцјене радне способности прије истека шест мјесеци непрекидне привремене спријечености за рад;

☐ остало _____

* Осигураник Фонда има право да, уколико није задовољан оцјеном првостепене комисије која је утврђивала привремену спријеченост за рад преко 30 дана, у року од три дана од извршене оцјене затражи издавање рјешења у надлежној филијали Фонда. Осигураник Фонда има право да на рјешење надлежне филијале уложи жалбу директору Фонда у року од 15 дана од дана пријема рјешења, путем надлежне филијале. Жалба не одлаже извршење рјешења.

* Образац Налаза, оцјене и мишљења се попуњава у три примјерка. Два примјерка се уручују осигуранику који онда један примјерак доставља доктору медицине специјалисти породичне медицине код којег је регистрован, а други примјерак послодавцу.

М. П.

Чланови Комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД
ВАНРЕДНА ОЦЈЕНА

Комисија (навести број и сједиште)*	Број здравственог картона:	Број и датум оцјене*:
Име и презиме осигураног лица*	ЈМБ*	Адреса пребивалишта и контакт телефон*
Назив и сједиште послодавца*	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима
МКБ шифра и назив дијагнозе	Повреда на раду (ДА – НЕ)	Први дан привремене спријечености за рад

Подаци о ранијим оцјенама првостепене комисије*:

(Да ли је првостепена комисија утврдила постојање привремене спријечености за рад и до када?)

Подаци о медицинском вјештачењу из пензијско-инвалидског осигурања:

(Да ли је предат захтјев за оцјену радне способности и када, да ли је уложио жалбу и када, да ли је раније вршено медицинско вјештачење, када и која је била оцјена?)

На основу члана 79. Закона о обавезном здравственом осигурању (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 93/22 и 132/22), даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

☐ Потврђује се раније дата оцјена привремене спријечености за рад _____

☐ Осигураник је способан за рад са наредним даном _____

Напомена: _____

* Образац Налаза, оцјене и мишљења се попуњава у четири примјерка. Првостепена комисија за оцјену привремене спријечености за рад без одлагања један примјерак уручује или доставља осигуранику, један примјерак доставља доктору медицине специјалисти породичне медицине код којег је осигураник регистрован, један примјерак доставља Фонду, а један задржава за своју евиденцију.

* Доктор медицине специјалиста породичне медицине код којег је осигураник Фонда регистрован дужан је да поступи по овом налазу, оцјени и мишљењу и о томе без одлагања обавјести послодавца.

М. П.

Чланови Комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____

ДРУГОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Број здравственог картона:	Број и датум оцјене:	
Име и презиме осигураника	ЈМБ	Адреса пребивалишта и контакт телефон
Назив и сједиште послодавца	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима
МКБ шифра и назив дијагнозе	Повреда на раду (ДА – НЕ)	Први дан привремене спријечености за рад

Разматрајући жалбу осигураника на основу увида у медицинску документацију, у складу са чланом 74. став 6. Закона о обавезном здравственом осигурању (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 93/22 и 132/22), даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

☐ Потврђује се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из следећег разлога: _____

☐ Мијења се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из следећег разлога: _____

и гласи: _____

* Образац Налаза, оцјене и мишљења се попуњава у три примјерка. Два примјерка Фонд уз рјешење доставља осигураннику који један примјерак доставља доктору медицине специјалисти породичне медицине код којег је регистрован, а други примјерак послодавцу.

М. П.

Чланови Комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____