

CONVENTION EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE DE MACEDOINE
ДОГОВОР МЕЃУ ГОЛЕМОТО ВОЈВОДСТВО ЛУКСЕМБУРГ И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

DEMANDE D'ATTESTATION DE DROIT A PRESTATIONS EN NATURE
БАРАЊЕ НА ПОТВРДА ЗА ПРАВО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА

Article 15 paragraphes (1), (2), et (3), article 16 paragraphes (1) et (2), article 18 paragraphe (2),
et article 26 paragraphe (1) de la Convention

Член 15 став 1, 2 и 3, член 16 став 1 и 2, член 18 став 2 и член 26 став 1, од Договорот
Article 10 paragraphes (1) et (3), article 11, article 12, article 16 et article 24 paragraphe (1) de l'Arrangement administratif
Член 10 став 1 и 3, член 11, член 12, член 16 и член 24 став 1, од Административната спогодба

La caisse nationale de santé ou la caisse de maladie remplit la partie A et transmet deux exemplaires du formulaire au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine. Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine remplit la partie B et retourne un exemplaire à la caisse nationale de santé ou caisse de maladie.

Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд.

A. Demande

A. Барање

1	Au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија
1.1	Dénomination / Назив
1.2	Adresse / Адреса.....

2	Personne assurée / Осигуреник
2.1	Noms / Презимиња.....
2.2	Prénoms / Имиња.....
2.3	Date de naissance / Датум на раѓање
2.4	Adresse / Адреса на живеење
2.5	N° d'identification / Број за идентификација au Luxembourg / во Луксембург..... en Macédoine (EMBG) / во Македонија (ЕМБГ).....
2.6	Institution débitrice de la pension ou de la rente Назив на носителот кој ја исплаќа пензијата или рентата:

3	☐ Dernier employeur / Последен работодавач ☐ Dernière activité non salariée / Последна самостојна дејност
3.1	Nom ou raison sociale / Име или назив на фирмата или институцијата
3.2	Adresse / Адреса

4	Membres de la famille / Членови на семејство			
4.1	Noms Презимиња	Prénoms Имиња	Date de naissance Датум на раѓање	N° d'identification Број за идентификација - au Luxembourg во Луксембург - en Macédoine(EMBG) во Македонија(ЕМБГ)
				
				
				
				
				
				
4.2	Adresse dans le pays de résidence / Адреса во земјата на живеење			

- 5 Nous avons reçu en date du / На ден une demande de la personne indiquée / примивме барање од лицето наведено во
- ☐ au cadre 2 / точка 2 ☐ au cadre 4 / точка 4 pour obtenir / за добивање
- 5.1 ☐ l'octroi de prestations en nature
 право на давања во натура
- 5.2 ☐ le maintien du droit aux prestations en nature
 задржување на правото на давања во натура
- 5.3 ☐ l'inscription comme ayant droit aux prestations en nature
 заведување (пријавување) како носител на право на давања во натура
- 6 Les prestations en nature ☐ ont été accordées ☐ n'ont pas été accordées
Давањата во натура се пружени не се пружени
- 7 Veuillez nous faire parvenir l'attestation de droit à prestations sur formulaire RM/L
 Ве молиме да ни ја доставите потврдата за право на давања во натура на основа на образецот РМ/Л
 Valable du / Со важност од ден au / до ден
8. ☐ Le rapport medical est joint / Медицинскиот извештај е приложен

9	La caisse nationale de santé ou caisse de maladie Национална здравствена каса или Здравствен фонд	
9.1	Dénomination / Назив.....	
9.2	Adresse / Адреса.....	
9.3	Cachet / Печат	9.4 Date / Датум
		9.5 Signature / Потпис

B. Réponse
Б. Одговор

10	A la caisse nationale de santé ou caisse de maladie Национална здравствена каса или Здравствен фонд
10.1	Dénomination / Назив.....
10.2	Adresse / Адреса.....

11	
11.1	☐ Veuillez trouver ci-joint le formulaire précité. Во прилог Ви го доставуваме бараниот образец,
11.2	Il ne nous est pas possible de délivrer l'attestation demandée à la partie A, parce que Не сме во можност да ја издадеме бараната потврда од делот A поради:

12	Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија	
12.1	Dénomination / Назив.....	
12.2	Adresse / Адреса.....	
12.3	Cachet / Печат	12.4 Date / Датум
		12.5 Signature / Потпис