

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 ОСИГУРУВАЊЕDEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPECES POUR INCAPACITE DE TRAVAIL
БАРАЊЕ ЗА ПАРИЧНИ ДАВАЊА ПОРАДИ НЕСПОСОБНОСТ ЗА РАБОТА*Articles 15 paragraphe (7), Article 16 paragraphe (5) et 26 paragraphe (2) de la Convention**Член 15 став 7, член 16 став 5 и член 26 став 2 од Договорот**Articles 15, paragraphe (1) et (2) et 24 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif**Член 15 став 1 и 2 и член 24 став 2 од Административната спогодба*

La caisse nationale de santé ou caisse de maladie remplit ce formulaire et le transmet au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine.

Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува образецот и го испраќа до надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Référence du dossier	au Luxembourg / во Луксембург
Број на досие	en Macédoine / во Македонија

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 en Macédoine / Адреса во Македонија.....
2.5	Adresse au Luxembourg / Адреса во Луксембург.....
2.6	N° d'identification / Број за идентификација au Luxembourg / во Луксембург..... en Macédoine (EMBG) / во Македонија (ЕМБГ).....

3	Employeur en Macédoine Работодавач во Македонија
3.1	Nom ou raison sociale / Име или назив на фирмата или установата.....
3.2	Adresse / Адреса.....

- A. ☐ Demande de prestations
A. ☐ Барање за давања

4 La personne désignée au cadre 2 a demandé en date du / Лицето наведено во точка 2 поднело барање на ден
.....

l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite
за добивање парични давања поради неспособност за работа како последица на

- 4.1 ☐ de maladie
болест
- ☐ d'accident survenu le.....
повреда која се случила на ден
- ☐ de maternité (date présumée de l'accouchement.....)
мајчинство (очекуван датум на породување.....)
- ☐ d'accident du travail
повреда при работа
- ☐ de maladie professionnelle
професионална болест

5 Le certificat du médecin traitant ☐ est joint ☐ n'a pu être fourni
Извештајот од лекарот е приложен не може да се обезбеди

6 De l'avis de notre médecin contrôleur
Според мислењето на нашиот консултиран лекар

- ☐ dont le rapport se trouve en annexe
чиј извештај е во прилог
- ☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais
чиј извештај ќе биде испратен во најкус рок

6.1 l'incapacité de travail a débuté le / Неспособноста за работа почнала на ден
.....

et se prolongera probablement jusqu'au / и најверојатно ќе продолжи до ден
.....

6.2 ☐ il n'y a pas d'incapacité de travail (joindre une copie du formulaire L/MK 118 adressé à l'intéressé)
не постои неспособност за работа (во прилог копија од образецот Л/РМ 118 доставен до заинтересираното лице)

7 ☐ L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation et en particulier
Заинтересираното лице не подлежи на давања според нашите правни прописи, поради

.....
.....

- В. ☐ Prolongation de l'incapacité de travail
Б. ☐ Продолжување на неспособноста за работа

8 Comme suite à
На основа на:

8.1 ☐ notre formulaire L/RM 115 du / наш образец Л/РМ 115 од ден

☐ votre formulaire RM/L 117 du / Ваш образец РМ/Л 117 од ден

8.2

8.3 Nous avons l'honneur de vous faire savoir que de l'avis de notre médecin contrôleur,
Сакаме да ве информираме дека според мислењето на нашиот консултиран лекар

☐ dont vous trouverez le rapport en annexe
чиј извештај е во прилог

☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais
чиј извештај ќе биде испратен во најкус рок

la personne désignée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au
лицето наведено во точка 2 најверојатно ќе биде неспособно за работа до ден

.....

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