

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

FORMULAIRE ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU  
TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES  
ПОТВРДА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА ВО СЛУЧАЈ НА ПОВРЕДА НА РАБОТА И  
ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ

*Article 26 paragraphe (1) de la Convention*  
*Член 26 став 1 од Договорот*  
*Article 24 paragraphe (1) de l'Arrangement administratif*  
*Член 24 став 1 од Административната спогодба*

L'association d'assurance contre les accidents remplit le formulaire et le remet à l'intéressé ou l'envoie au service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine, si le formulaire a été demandé par celui-ci.

Здружението за осигурување од повреди на работа го пополнува образецот и го предава на заинтересираното лице или го испраќа до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење, доколку образецот се издава по нејзино барање.

1	Au service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de séjour ou de résidence Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење
1.1	Dénomination / Назив..... .....
1.2	Adresse / Адреса..... ..... .....
1.3	Référence: votre formulaire RM/L 107 du / Врска: Ваш образец РМ/Л 107 од ден.....

2	Personne assurée / Осигуреник
2.1	Noms / Презимиња .....
2.2	Prénoms / Имиња .....
2.3	Date de naissance / Датум на раѓање .....
2.4	Adresse au Luxembourg / Адреса во Луксембург .....
2.5	Adresse en Macédoine / Адреса во Македонија .....
2.6	N° d'identification / Број за идентификација au Luxembourg / во Луксембург..... en Macédoine (EMBG) / во Македонија (ЕМБГ).....

3	En raison / Поради
3.1	<input type="checkbox"/> des éléments indiqués dans votre formulaire RM/L107 du / податоците наведени во Вашиот образец РМ/Л 107 од ден .....
3.2	<input type="checkbox"/> de l'accident du travail survenu le / повредата на работа што се случила на ден ..... et entraînant les conséquences suivantes / и која довела до следниве последици .....
3.3	<input type="checkbox"/> de la maladie professionnelle constatée le / професионалната болест констатирана на ден ..... et entraînant les conséquences suivantes / и која довела до следниве последици : .....
3.4	<input type="checkbox"/> de l'autorisation que nous avons accordée à la personne désignée au cadre 2 de conserver le bénéfice des prestations en nature en Macédoine où elle se rend pour y recevoir des soins потврдата (дозволата) што сме му ја дале на лицето наведено во точка 2 за задржување правото на давања во натура во Македонија каде што оди за да прими нега

- 4 La personne désignée au cadre 2 peut bénéficier des prestations en nature  
 Лицето наведено во точка 2 може да користи давања во натура
- ☐ à partir du / од ден ..... au / до ден .....
- ☐ à partir du / од ден ..... et jusqu'à annulation de la présente attestation par L/RM 108 / до престанок на правото, на основа на образец Л/РМ 108.

- 5 Le rapport du contrôle médical / Извештајот од лекарската контрола
- ☐ est joint sous pli fermé / е приложен во затворен плик
- ☐ peut nous être demandé / може да ни го побарате
- ☐ n'a pas été établi / не е утврден
- ☐ a été envoyé le / е испратен на ден ..... à / до .....

6	L'association d'assurance contre les accidents Здружение за осигурување од повреди на работа	
6.1	Dénomination / Назив.....	
6.2	Adresse / Адреса.....	
6.3	Cachet / Печат	6.4 Date / Датум
		6.5 Signature / Потпис