

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

**БАРАЊЕ ЗА ПАРИЧНИ ДАВАЊА ПОРАДИ НЕСПОСОБНОСТ ЗА РАБОТА
DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPECES POUR INCAPACITE DE TRAVAIL**

*Член 15 став 7, член 16 став 5 и член 26 став 2 од Договорот
Articles 15 paragraphe (7), Article 16 paragraphe (5) et 26 paragraphe (2) de la Convention
Член 15 став 1 и 2 и член 24 став 2 од Административната спогодба
Articles 15, paragraphe (1) et (2) et 24 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif*

Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење го пополнува образецот и го испраќа до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд.

Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence ou de séjour remplit ce formulaire et le transmet à la caisse nationale de santé ou caisse de maladie.

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

1	Национална здравствена каса или Здравствен фонд A la caisse nationale de santé ou caisse de maladie
1.1	Назив / Dénomination
1.2	Адреса / Adresse

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

3	Работодавач во Луксембург Employeur au Luxembourg
3.1	Име или назив на фирмата или установата / Nom ou raison sociale
3.2	Адреса / Adresse

A. Барање за давања
A. **Demande de prestations**

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

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

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

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

6 Според мислењето на нашиот консултиран лекар
De l'avis de notre médecin contrôleur
 чиј извештај е во прилог dont le rapport se trouve en annexe
 чиј извештај ќе биде испратен во најкус рок dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais

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

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

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

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

.....
.....

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

8 На основа на:
Comme suite à

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

8.2 Ваш образец Л/PM 117 од ден / votre formulaire L/RM 117 du.....

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

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

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

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

.....

9 Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење
Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence ou de séjour

9.1 Назив / Dénomination

9.2 Адреса / Adresse

9.3 Печат / Cachet

9.4 Датум / Date

9.5 Потпис / Signature