

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

ОБРАЗЕЦ ЗА / FORMULAIRE CONCERNANT:

- ПРИЗНАВАЊЕ НА ПАРИЧНИ ДАВАЊА ВО СЛУЧАЈ НА НЕСПОСОБНОСТ ЗА РАБОТА ПОРАДИ БОЛЕСТ ИЛИ МАЈЧИНСТВО, ИЛИ
- LES PRESTATIONS EN ESPECES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE OU DE MATERNITE
- БАРАЊЕ ЗА ВРШЕЊЕ НА ЛЕКАРСКА ИЛИ АДМИНИСТРАТИВНА КОНТРОЛА ВО СЛУЧАЈ НА НЕСПОСОБНОСТ ЗА РАБОТА  
UNE DEMANDE POUR CONTROLE MEDICAL OU ADMINISTRATIF EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Член 15 став 7, член 16 став 5 и член 26 став 2 од Договорот  
Article 15 paragraphe (7), article 16 paragraphe (5) et article 26 paragraphe (2) de la Convention  
Член 15 став 3 и 4, и член 24 став 2 од Административната спогодба  
Article 15, paragraphes (3) et (4) et article 24 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif

Надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува образецот, по примањето на образецот Л/РМ 115, и го испраќа до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд.

Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine remplit ce formulaire dès réception du formulaire L/RM 115 et le transmet à la caisse nationale de sante 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<br>A la caisse nationale de santé ou caisse de maladie |
| 1.1 | Назив/ Dénomination .....                                                                              |
| 1.2 | Адреса / Adresse .....                                                                                 |
| 1.3 | Врска: Ваш образец Л/РМ 115 од ден / Référence: votre formulaire L/RM 115 du .....                     |

|     |                                                                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>во Македонија (ЕМБГ) / en Macédoine (EMBG) .....<br>во Луксембург / au Luxembourg ..... |

3 Лицето наведено во точка 2 поради:  
La personne désignée au cadre 2

3.1 ☐ има право на парични давања, со задржување на правото на продолжување  
a droit aux prestations en espèces, provisoirement et sauf prorogation éventuelle

од ден / du ..... до ден / au .....

3.2 ☐ нема право на парични давања (во прилог образецот PM/Л 118)  
n'a pas droit aux prestations en espèces (voir RM/L 118 ci-joint)

3.3 ☐ нема веќе право на парични давања почнувајќи од ден / n'a plus droit aux prestations en espèces à partir du  
..... (во прилог образецот PM/Л 118) / voir RM/L 118 ci-joint)

4 Давањата ќе бидат пружени  
Ces prestations seront servies

4.1 ☐ од нашите служби  
par nos soins

4.2 ☐ од работодавачот / par l'employeur

од ден / du ..... до ден / au .....

5 Ве молиме, кога ќе бидете во можност да ни го испратите резултатот  
Nous vous prions de bien vouloir nous communiquer dès que possible le résultat

5.1 ☐ од лекарскиот преглед  
d'un examen médical

5.2 ☐ од административната контрола  
d'un contrôle administratif

5.3 ☐ од новата лекарска контрола извршена на ден / d'un nouveau contrôle médical, à effectuer vers le

.....

6 Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија  
Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine

6.1 Назив / Dénomination .....  
.....  
.....

6.2 Адреса / Adresse .....  
.....  
.....

6.3 Печат / Cachet

6.4 Дата / Date

6.5 Потпис / Signature