

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

ИЗВЕСТУВАЊЕ ЗА НЕПРИЗНАВАЊЕ ИЛИ ПРЕСТАНОК НА НЕСПОСОБНОСТА ЗА РАБОТА  
FORMULAIRE NOTIFIANT LA NON-RECONNAISSANCE OU LA FIN DE L'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 и член 24 став 2 од Административната спогодба  
Article 15 et article 24 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif

Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува образецот во два примерока, од кои едниот примерок го доставува до осигуреникот, а другиот примерок до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд.

Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine établit deux exemplaires, dont l'un sera adressé à la personne assurée elle-même, l'autre à la caisse nationale de santé ou caisse de maladie.

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

Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија како  
Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine

- Надлежен носител / Institution compétente  
 Носител во местото на престој или живеење / Institution du lieu de séjour ou de résidence

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 .....

**Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија како  
Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine**

- Надлежен носител; врска: наш образец PM/Л 117 / Institution compétente; référence: notre formulaire RM/L 117
- Носител во местото на престој или живеење; врска: наш образец PM/Л 115 / Institution du lieu de séjour ou de résidence; référence: notre formulaire RM/L 115
  
- 3  Од сознанијата до кои дојдовме / Des faits qui ont été portés à notre connaissance
- Од лекарската контрола извршена на ден / Du contrôle médical effectué le .....  
произлезе дека / il résulte que
- 3.1  Вашата неспособност за работа завршува на ден / votre incapacité de travail prend fin le .....  
.....
- 3.2  Вие сте способен за работа / vous êtes capable de travailler
- 3.3  Вашата здравствена состојба не Ве спречува да се вратите во земјата кадешто сте осигуран.  
votre état de santé ne vous empêche pas de retourner dans le pays où vous êtes assuré.
- 4.1  Последен ден до кој ќе примате парични давања е / Le dernier jour du paiement des prestations en espèces est le .....  
.....
- 4.2  Немате право на парични давања поради / Vous n'avez pas droit à des prestations en espèces parce que .....  
.....
  
- 5 Потврдата во прилог / La présente notification
- е испратена на лицето наведено во точка 2 на ден / a été adressée à la personne désignée au cadre 2 en date du .....  
.....
- треба да се испрати на лицето наведено во точка 2 / est à adresser à la personne désignée au cadre 2.

<b>6</b>	Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine		
6.1	Назив / Dénomination .....		
6.2	Адреса / Adresse .....		
6.3	Печат / Cachet		6.4 Датум / Date .....
			6.5 Потпис / Signature .....

**Начин и рок на жалба во Македонија  
Voies et délais de recours en Macédoine**

?