

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

ПОТВРДА ЗА ПРАВО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА НА КОРИСНИЦИ НА ПЕНЗИЈА
FORMULAIRE ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES TITULAIRES DE PENSION

Член 18 став 2 од Договорот
Article 18 paragraphe (2) de la Convention
Член 16 од Административната спогодба
Article 16 de l'Arrangement administratif

Надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока на корисникот на пензија или на членот на неговото семејство, или на Националната здравствена каса или Здравствениот фонд, доколку образецот се издава по нивно барање. Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou aux membres de sa famille, ou les fait parvenir à la caisse nationale de santé ou caisse de maladie si le formulaire a été demandé par celle-ci. La caisse nationale de santé ou caisse de maladie remplit la partie B et transmet un exemplaire au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine.

А.Известување за остварување право

A.Notification du droit

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
1.3	Врска: Ваш образец Л/РМ 107 од ден / Référence: votre formulaire L/RM 107 du.....

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

3*	Да се пополни од македонскиот носител кој ја исплаќа пензијата A remplir par l'institution luxembourgeoise débitrice de la pension
3.1	Лицето наведено во точка 2 е корисник на пензија La personne désignée au cadre 2 est titulaire d'une pension
	☐ старосна de vieillesse ☐ инвалидска d'invalidité ☐ наследна de survie ☐ поради повреда при работа d'accident du travail ☐ поради професионална болест de maladie professionnelle
3.2	од ден / depuis le
3.3	Број на пензија во Македонија / Numéro de la pension au Luxembourg

4*	Македонски носител кој ја исплаќа пензијата Institution luxembourgeoise débitrice de la pension
4.1	Назив / Dénomination
4.2	Адреса / Adresse
4.3	Печат / Cachet
4.4	Датум / Date
4.5	Потпис / Signature

* Точките 3 и 4 не се пополнуваат од страна на подрачните служби на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

*Le Service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine ne remplit pas les points 3 et 4 formulaire RM/L 121.

5	Да се пополни од страна на надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија A remplir par le service regional competent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine
5.1	Лицето наведено во точка 2 и членовите на неговото семејство имаат право на давања во натура од осигурување La personne désignée au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations en nature de l'assurance во случај на болест – мајчинство од ден / maladie-maternité à partir du
5.2	до престанокот на правото на давања во натура, на основа на образец РМ/Л 108. et jusqu'à annulation de la présente attestation par RM/L 108.
5.3	Со издавањето на оваа потврда престанува важноста на образецот РМ/Л.....од ден La délivrance de la présente attestation met fin à la validité du formulaire RM/L du

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	Датум / Date
		6.5	Потпис / Signature

Б. Известување за пријавување/непријавување
B. Notification de l'inscription ou de la non inscription

7	Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија Au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine		
7.1	Назив / Dénomination		
7.2	Адреса / Adresse		

- 8 Лицето наведено во точката 2 и членовите на неговото семејство не се пријавени поради:
La personne désignée au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas été inscrits
- 8.2 ☐ тоа што имаат право на давања во натура согласно луксембуршките правни прописи.
parce que l'intéressé a déjà droit aux prestations en nature en vertu de la législation luxembourgeoise.
- 8.3 ☐ Други причини / Autres motifs

9	Лицето наведено во точката 2 и следниве членови на неговото семејство се пријавени: La personne désignée au cadre 2 et les membres suivants de sa famille ont été inscrits:			
9.1	Презимиња Noms	Имиња Prénoms	Датум на раѓање Date de naissance	Број за идентификација N° d'identification - во Македонија (ЕМБГ) en Macédoine (EMBG) - во Луксембург au Luxembourg
				
				
				
				
				
				

- 9.2 Датум на пријавување / Date de l'inscription
- 9.3 Трошоците за давања во натура паѓаат на товар на надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, од датумот наведен во точката 9.2
 Les dépenses pour prestations en nature sont à charge du Fonds d'assurance de santé de Macédoine à partir de la date indiquée au point 9.2

10	Национална здравствена каса или Здравствен Фонд La caisse nationale de santé ou caisse de maladie		
10.1	Назив / Dénomination		
10.2	Адреса / Adresse		
10.3	Печат / Cachet	10.4	Датум / Date
		10.5	Потпис / Signature