

ПОТВРДА О ОДОБРЕЊУ ЛЕЧЕЊА ИЛИ НАСТАВКУ ЛЕЧЕЊА НА ТЕРИТОРИЈИ ДРУГЕ СТРАНЕ УГОВОРНИЦЕ
AUTORISATION POUR UN TRAITEMENT MEDICAL A EFFECTUER OU A CONTINUER SUR LE TERRITOIRE DE L'AUTRE
PARTIE CONTRACTANTE

Члан 8. став 3. и члан 24. став 1. Административног споразума /
Article 8 paragraphe (3) et article 24 paragraphe (1) de l'Arrangement administratif

ЈМБГ у Србији
N° unique d'état civil

Идентификациони број у Луксембургу
N° d'identification au Luxembourg

[illegible]

1.	Осигураник / <i>Personne assurée</i>
1.1	Презиме-на (укључујући и девојачко) / <i>Nom - s (y compris le nom de naissance)</i>
1.2	Име / <i>Prénoms</i>
1.3	Датум рођења / <i>Date de naissance</i>
1.4	Адреса / <i>Adresse</i>
	Е-mail адреса / <i>Adresse e-mail</i>

2.	Члан породице који одлази на територију друге стране уговорнице <i>Membre de la famille qui se rend sur le territoire de l'autre Partie contractante</i>
2.1	Презиме-на (укључујући и девојачко) / <i>Nom - s (y compris le nom de naissance)</i>
2.2	Име / <i>Prénoms</i>
2.3	Датум рођења / <i>Date de naissance</i>
2.4	Адреса / <i>Adresse</i>
	Е-mail адреса / <i>Adresse e-mail</i>
2.5	ЈМБГ у Србији / <i>N° unique d'état civil</i>
	Идентификациони број у Луксембургу / <i>N° d'identification au Luxembourg</i>

3. Лице наведено у ☐ рубрици 1. ☐ рубрици 2. има сагласност за даље коришћење давања у натури из осигурања за случај болести или материнства /
La personne désignée ☐ au cadre 1 ☐ au cadre 2 est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

☐ у Србији ☐ у Луксембургу где одлази ради лечења у
en Serbie au Luxembourg où elle se rend pour y recevoir des soins auprès

или сваку другу сличну установу у случају потребе хитног премештања /
ou tout autre établissement de nature similaire en cas de transfert rendu immédiatement nécessaire par son traitement.

Давања могу бити пружена на основу ове потврде /
Ces prestations peuvent être servies, au vu de la présente attestation

од / du до / au закључно / *inclus.*

4. Извештај наше лекарске контроле / *Le rapport de notre contrôle médical*

4.1 ☐ приложен је у затвореном коверту / *est joint à la présente sous pli fermé.*

4.2 ☐ достављен је дана / *a été adressé le*
у / *à*.....

4.3 ☐ може се затражити од нас / *peut nous être demandé en communication.*

4.4 ☐ није направљен / *n'a pas été établi.*

5. Надлежни носилац / *Institution compétente*

5.1 Назив / *Dénomination*
.....

5.2 Адреса / *Adresse*
.....

5.3 Печат / *Cachet* 5.4 Датум / *Date*
.....

5.5 Потпис овлашћеног лица / *Signature*
.....