

СПОРАЗУМ ИЗМЕЂУ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ И ВЕЛИКОГ ВОЈВОДСТВА ЛУКСЕМБУРГ О СОЦИЈАЛНОЈ СИГУРНОСТИ  
CONVENTION ENTRE LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE DE SERBIE EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE

**ЗАХТЕВ ЗА ДАВАЊА У НОВЦУ У СЛУЧАЈУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД**  
**DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPECES POUR INCAPACITE DE TRAVAIL**

Члан 13. став 8, члан 14. став 4. и члан 25. став 2. Споразума /  
*Article 13 paragraphe (8), article 14 paragraphe (4) et article 25 paragraphe (2) de la Convention*

Чл. 15. и 24. став 2. Административног споразума /  
*Article 15 et article 24 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif*

Овај образац попуњава носилац у месту боравишта или пребивалишта и доставља га надлежном носиоцу /  
Ce formulaire est établi par l'institution du lieu de séjour ou de résidence qui le transmet à l'institution compétente.

ЈМБГ у Србији  
N° unique d'état civil

Идентификациони број у Луксембургу  
*N° d'identification au Luxembourg*

[illegible]

**Број предмета / Numéro du dossier:**

У Србији / en Serbie .....

У Луксембург / au Luxembourg.....

|     |                                                                                       |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Надлежни носилац / <i>Institution compétente</i>                                      |
| 1.1 | Назив / <i>Dénomination</i><br>.....                                                  |
| 1.2 | Адреса / <i>Adresse</i> .....<br>.....<br>E-mail адреса / <i>Adresse e-mail</i> ..... |

|     |                                                                                                   |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.  | Осигураник / <i>Personne assurée</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 у надлежној држави / <i>Adresse dans l'Etat compétent</i>                                  |
| 2.5 | Адреса у држави боравишта или пребивалишта / <i>Adresse dans l'Etat de séjour ou de résidence</i> |
|     | Е-mail адреса / <i>Adresse e-mail</i>                                                             |

## Део А - Захтев за давања /

## Partie A - Demande de prestations

3. Лице наведено у рубруци 2. поднело је дана / *La personne désignée au cadre 2 a demandé en date du*

.....

захтев за признање права на новчана давања у случају привремене спречености за рад због /  
*l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite:*

- 3.1 ☐ болести / *de maladie* ☐ несреће на послу / *d'accident du travail*  
☐ несреће / *d'accident* ☐ професионалне болести / *de maladie professionnelle*  
☐ материнства / *de maternité*

4. Потврда надлежног лекара / *Le certificat du médecin traitant*

- ☐ је приложена / *est joint.* ☐ није могла бити прибављена / *n'a pu être fourni.*

5. Према мишљењу наше лекарске комисије / *De l'avis de notre contrôle médical:*

- ☐ чији је извештај у прилогу / *dont le rapport se trouve en annexe*  
☐ чији ћемо извештај доставити ускоро / *dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais*

5.1 ☐ неспособност је почела дана / *l'incapacité a débuté le* .....  
и вероватно ће трајати до / *et se prolongera probablement jusqu'au* .....

5.2 ☐ нема неспособности за рад / *il n'y a pas d'incapacité de travail.*

6. ☐ Именовани се није придржавао правила наших правних прописа а посебно /  
*L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation et en particulier:*

.....  
.....  
.....

## Део Б - Продужење привремене спречености за рад /

## Partie B - Prolongation de l'incapacité de travail

7.

7.1 У вези са / *Comme suite à*

☐ нашим обрасцем SRB/LUX 115 / *notre formulaire SRB/LUX 115 du* .....

☐ вашим обрасцем SRB/LUX 117 од / *votre formulaire SRB/LUX 117 du* .....

7.2 Част нам је да вас обавестимо да према мишљењу наше лекарске комисије /

*Nous avons l'honneur de vous faire savoir que de l'avis de notre contrôle médical,*

☐ чији налаз прилажемо / *dont vous trouverez le rapport en annexe*

☐ чији ће налаз бити ускоро достављен / *dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais*

лице наведено у рубрици 2. ће бити, вероватно, неспособно за рад до .....  
*la personne désignée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au:*

8.

Носилац у месту боравишта или пребивалишта / *Institution du lieu de séjour ou de résidence*8.1 Назив / *Dénomination*

.....

8.2 Адреса / *Adresse*

.....

.....

E-mail адреса / *Adresse e-mail*

.....

8.3 Печат / *Cachet*8.4 Датум / *Date*

.....

8.5 Потпис овлашћеног лица / *Signature*

.....