

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

POTVRDA O PRAVU NA DAVANJA U NATURI U SLUCAJU PRIVREMENOG BORAVKA
ATTESTATION DE DROIT A PRESTATIONS EN NATURE NECESSAIRES EN CAS DE SEJOUR TEMPORAIRE

Члан 13. ст. 2, 3, 5. и 7. Споразума / Article 13 paragraphs (2), (3), (5) et (7), de la Convention
Члан 8. ст. 1, 2. и 5. Административног споразума / Article 8 paragraphs (1), (2) et (5) de l'Arrangement administratif

Надлежни носилац попуњава образац и уручује га заинтересованом лицу или га доставља носиоцу у месту боравишта ако је образац попуњен на његов захтев. / *L'institution compétente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé, ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.*

ЈМБГ у Србији
N° unique d'état civil

[illegible]

.....

1. ☐ Упућено лице или лице које обавља самосталну делатност / *Travailleur détaché ou exerçant une activité non salariée*
☐ Поморац / *Marin* ☐ Државни службеник / *Fonctionnaire* ☐ Студент / *Etudiant*
☐ Члан дипломатске мисије / *Membre d'une mission diplomatique*

- 1.1 Презиме-на (укључујући и девојачко) / *Nom - s (y compris le nom de naissance)*
.....
- 1.2 Име / *Prénoms*
.....
- 1.3 Датум рођења / *Date de naissance*
- 1.4 Адреса / *Adresse*
.....
- E-mail адреса / *Adresse e-mail*.....

2. Чланови породице / *Membres de la famille*

- | | | | | |
|-----|---|----------------------|--|--|
| 2.1 | Презиме / <i>Noms</i> | Име / <i>Prénoms</i> | Датум рођења
<i>Date de naissance</i> | ЈМБГ у Србији /
<i>N° unique d'état civil</i>
Идентификациони број у
Луксембургу / <i>N°</i>
<i>d'identification au Luxembourg</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 2.2 | Адреса пребивалишта / <i>Adresse habituelle</i> | | | |
| | | | | |

3. Наведена лица имају право на потребна давања у натури из осигурања за случај болести и материнства / *Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature nécessaires de l'assurance maladie-maternité*

од / du до / au

4. Надлежни носилац / *Institution compétente*

4.1 Назив / *Dénomination*

.....

4.2 Адреса / *Adresse*

.....

Е-mail адреса / *Adresse e-mail*.....

4.3 Печат / *Cachet*

4.4 Датум / *Date*

.....

4.5 Потпис овлашћеног лица / *Signature*

.....