

CONVENTION EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE DE MACEDOINE  
ДОГОВОР МЕЃУ ГОЛЕМОТО ВОЈВОДСТВО ЛУКСЕМБУРГ И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

FORMULAIRE NOTIFIANT LA SUSPENSION OU LA SUPPRESSION DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE  
ПОТВРДА ЗА СУСПЕНЗИЈА ИЛИ ПРЕСТАНОК НА ПРАВОТО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА

*Article 16 paragraphe (1) et (2) ; article 18 paragraphe (2) de la Convention*

*Член 16 став 1 и 2, член 18 став 2 од Договорот*

*Article 11 paragraphe (2), article 12 paragraphe (1) point 1., article 16 paragraphe (3) et article 24 paragraphe (1) de l'Arrangement administratif*

*Член 11 став 2, член 12 став 1 точка 1, член 16 став 3 и член 24 став 1 од Административната спогодба*

La caisse nationale de santé ou la caisse de maladie remplit la partie A du formulaire et adresse deux exemplaires au Service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence. Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence remplit la partie B et retourne un exemplaire à la Caisse nationale de santé ou caisse de maladie.

Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење. Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд.

**A. Notification**

**A. Известување**

1	Au service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење
1.1	Dénomination / Назив..... .....
1.2	Adresse / Адреса..... .....

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

3	Membre de la famille / Член на семејство
3.1	Noms / Презимиња.....
3.2	Prénoms / Имиња .....
3.3	Lien de parenté avec la personne désignée au cadre 2 Роднинска врска со лицето наведено во точка 2 .....
3.4	Date de naissance / Датум на раѓање .....
3.5	Adresse en Macédoine / Адреса во Македонија..... ..... .....
3.6	N° d'identification / Број за идентификација au Luxembourg / во Луксембург .....
	en Macédoine (ЕМВГ) / во Македонија (ЕМБГ).....

4 Le droit à prestations attesté par notre formulaire L/RM.....du.....a été suspendu ou supprimé pour le motif suivant:

Правото на давања во натура потврдено со нашиот образец Л/РМ ..... од ден ..... е суспендирано или престанало поради следнава причина :

- 4.1  La personne désignée au cadre 2 a cessé d'être assurée au .....  
Осигурувањето на лицето наведено во точка 2 престана на ден.....
- 4.2  La pension ou la rente de la personne désignée au cadre 2 est suspendue ou supprimée au .....  
Исплатата на пензијата или рентата на лицето наведено во точка 2 е суспендирана или укината на ден .....
- 4.3  Le titulaire du droit aux prestations désigné au cadre 2  
Лицето наведено во точка 2  
ou / или  
 le(s) membre(s) de sa famille désigné au cadre 3  
Членовите на неговото семејство наведени во точка 3
- ne réside(résident) plus en Macédoine depuis le / веќе не живее(живеат) во Македонија од ден .....
- est décédé le / почина на ден .....
- 4.4  autres raisons / други причини.....

5	La caisse nationale de santé ou caisse de maladie Национална здравствена каса или Здравствен фонд		
5.1	Dénomination / Назив .....		
5.2	Adresse / Адреса .....		
5.3	Cachet / Печат	5.4	Date / Датум .....
		5.5	Signature / Потпис .....

**B. Réponse**  
**Б. Одговор**

6	A la caisse nationale de santé ou caisse de maladie Национална здравствена каса или Здравствен фонд		
6.1	Dénomination / Назив .....		
6.2	Adresse / Адреса .....		

7 La notification contenue à la partie A ci-avant nous est parvenue le.....  
Известувањето од делот А од образецот е примено на ден .....

8 Le bénéficiaire des prestations en nature est  suspendu  supprimé à partir du  
Правото на давања во натура е суспендирано укинато од ден .....

9	Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење		
9.1	Dénomination / Назив .....		
9.2	Adresse / Адреса.....		
9.3	Cachet / Печат	9.4	Date / Датум .....
		9.5	Signature / Потпис .....