

CONVENTION ENTRE LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG ET LA BOSNIE ET HERZEGOVINE EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE
SPORAZUM O SOCIJALNOM OSIGURANJU IZMEĐU VELIKOG VOJVODSTVA LUKSEMBURGA I BOSNE I HERCEGOVINE

**FORMULAIRE ATTESTANT LES PERIODES D'ASSURANCE
 POTVRDA O SABIRANJU PERIODA OSIGURANJA**

*Articles 6 et 8 de la Convention / Član 6. i 8. Sporazuma
 Articles 4 et 5 de l'Arrangement administratif / Član 4. i 5. Administrativnog sporazuma*

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution de l'autre Partie contractante. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue de le délivrer remplit la partie B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

Nadležni nositelj popunjava dio A tiskanice i dostavlja dva primjerka nositelju ugovorne strane. Taj nositelj popunjava dio B i vraća tiskanicu nositelju od kojeg je primio tiskanicu. Ako je tiskanica izdana na zahtjev zainteresirane osobe, nositelj koji ju je dužan izdati popunjava dio B, te uруčује или доставља тисканицу зainteresiranoj osobi.

**A. Demande d'attestation
 Zahtjev za izdavanje potvrde**

1	Institution destinataire / Nositelj od kojeg se traži potvrda
---	---

1.1	Dénomination / Naziv

1.2	Adresse / Adresa

2	Personne concernée / Osoba na koju se zahtjev odnosi
---	--

2.1	Noms / Prezime
2.2	Prénoms / Ime
2.3	Adresse / Adresa
2.4	N° d'identification au Luxembourg / Identifikacijski broj u Luksemburgu
	N° JMB en Bosnie et Herzégovine / N° J MB u Bosni i Hercegovini.....

3	<p>La personne désignée au cadre 2 déclare avoir exercé une activité <i>Osoba navedena u rubrici 2 izjavljuje da je obavljala djelatnost</i></p> <p><input type="checkbox"/> salariée / <i>bila je zapostena kod poslodavca</i> <input type="checkbox"/> non salariée / <i>samostalnu djelatnost</i> <input type="checkbox"/> en Bosnie et Herzégovine / <i>u Bosni i Hercegovini</i> <input type="checkbox"/> au Luxembourg / <i>u Luksemburgu</i></p>	
3.1	Nom ou raison sociale du dernier employeur / <i>Naziv posljednjeg poslodavca</i> Dernière activité non salariée / <i>Posljednja samostalna djelatnost</i> Adresse / <i>Adresa</i>	
3.2	Employeurs précédents / <i>Prethodni poslodavci</i> <i>(indiquez le nom ou la raison sociale de l'employeur et les adresses)</i> <i>(navedite nazine i adrese)</i>	Activités non salariées précédentes <i>Prethodne samostalne djelatnosti</i> <i>(indiquez les adresses)</i> <i>(navedite adresu)</i>
3.3	<p>En vue de donner suite à une demande introduite par la personne désignée au cadre 2, nous vous prions de nous communiquer / <i>Radi obrade zahtjeva osobe navedene u rubrici 2, molimo da nas obavijestite o</i></p> <p><input type="checkbox"/> les périodes d'assurance accomplies par elle sous la législation de votre pays / <i>razdobljima osiguranja koja je ta osoba navršila po zakonodavstvu vaše zemlje</i></p> <p>à partir du jusqu'au pour le risque <input type="checkbox"/> maladie- maternité <input type="checkbox"/> vieillesse – invalidité - survie za rizik <input type="checkbox"/> bolest- majčinstva <input type="checkbox"/> starosti- invalidnosti- nadživjelog si elle /ako <input type="checkbox"/> a bénéficié / <i>je uživala</i> <input type="checkbox"/> n'a pas bénéficié / <i>nije uživala</i> de prestations en espèce de maladie sous la législation de votre pays / <i>davanja iz osiguranja u novcu za bolest po zakonodavstvu vaše zemlje</i></p>	
3.4	à partir du jusqu'au	

4	Institution compétente / <i>Nadležni nositelj</i>	
4.1	Dénomination/ <i>Naziv</i>	
4.2	Adresse / <i>Adresa</i>	
4.3	Cachet / <i>Pečat</i>	4.4 Date / <i>Datum</i>
		4.5 Signature/ <i>Potpis</i>

B. Attestation
Potvrda

5	La personne désignée au cadre 2 <i>Osoba navedena u rubrici 2</i>		
5.1 <input type="checkbox"/> a accompli depuis la date indiquée au point 3.3 les périodes d'assurance suivantes: <i>□ je navršila sljedeća razdoblja osiguranja nakon datuma navedenog u tačci 3.3:</i>		nature de l'assurance* / <i>vrsta osiguranja</i>	Pour les risques** / <i>I za rizike</i>
du /od	.....	au / do	.....
du /od	.....	au / do	.....
du /od	.....	au / do	.....
du /od	.....	au / do	.....
du /od	.....	au / do	.....
du /od	.....	au / do	.....
du /od	.....	au / do	.....
du /od	.....	au / do	.....
5.2	<input type="checkbox"/> n'a pas accompli de périodes d'assurance sous notre législation. <i>nije navršila razdoblja osiguranja prema njegovom zakonodavstvu.</i>		
5.3	<input type="checkbox"/> a bénéficié de prestations en espèces de maladie au titre de notre législation à partir <i>□ I koristila je davanja iz osiguranja u novcu zbog bolesti na osnovu našeg zakonodavstva početkom</i> du /od jusqu'au / do		
	<input type="checkbox"/> n'a pas bénéficié de prestations en espèces de maladie au titre de notre législation. <i>□ I nije koristila davanja u novcu zbog bolesti na osnovu našeg zakonodavstva</i>		

* A = obligatoire / obvezno

B = volontaire / dobrovoljno

C= facultative continuée / nastavak po izboru

** D = maladie-maternité /bolest- majčinstvo E = vieillesse – invalidité- survie / starost – invalidnost- nadživjeli

6	Institution désignée au cadre 1 / Nositelj naveden u rubrici 1		
6.1	Dénomination / Naziv		
		
6.2	Adresse / Adresa		
		
6.3	Cachet / Pečat	6.4	Date / Datum
		
		6.5	Signature / Potpis
		