

CONVENTION ENTRE LE GRAND-DUCHE 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 uručuje ili dostavlja tiskanicu zainteresiranoj osobi.

A. Demande d'attestation
Zahtjev za izdavanje potvrde

1	Institution destinataire / <i>Nositelj od kojeg se traži potvrda</i>
1.1	Dénomination / <i>Naziv</i>
1.2	Adresse / <i>Adresa</i>

2	Personne concernée / <i>Osoba na koju se zahtjev odnosi</i>
2.1	Noms / <i>Prezime</i>
2.2	Prénoms / <i>Ime</i>
2.3	Adresse / <i>Adresa</i>
2.4	N° d'identification au Luxembourg / <i>Identifikacijski broj u Luksemburgu</i>
	N° JMB en Bosnie et Herzégovine / <i>N° J MB u Bosni i Hercegovini</i>

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

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

