

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 LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE
FORMULAR KOJI POTVRĐUJE ZADRŽAVANJE PRAVA NA DAVANJA U NATURI

Article 15 paragraphe (4) de la Convention / Član 15. stav 4. Sporazuma
Article 9 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif / Članak 9.stav 2. Administrativnog sporazuma

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.

Nadležni nositelj popunjava formular i uručuje ga zainteresiranoj osobi ili ga dostavlja nositelju mjesta boravka ako je formular izdat na njegov zahtjev.

1	Personne assurée / <i>Osiguranik</i>
1.1	Noms / <i>Prezime</i>
1.2	Prénoms / <i>Ime</i>
1.3	Date de naissance / <i>Datum rođenja</i>
1.4	Adresse / <i>Adresa</i>
1.5	N° d'identification au Luxembourg / <i>Identifikacijski broju Luksemburgu</i>
	N° JMB en Bosnie et Herzégovine / <i>N° JMB u Bosni i Hercegovini</i>

2	Membre de la famille qui se rend dans l'autre Partie contractante <i>Član obitelji koji odlazi na teritorij druge ugovorne stranke</i>
2.1	Noms / <i>Prezime</i>
2.2	Prénoms / <i>Ime</i>
2.3	Date de naissance / <i>Datum rođenja</i>
2.4	Adresse / <i>Adresa</i>
2.5	N° d'identification au Luxembourg / <i>Identifikacijski broj u Luksemburgu</i>
	N° JMB en Bosnie et Herzégovine / <i>N° JMB u Bosni i Hercegovini</i>

- 3 La personne désignée ☐ au cadre 1 ☐ au cadre 2 est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

Osoba navedena u ☐ rubrici 1 ☐ rubrici 2 ima suglasnost za daljnje korištenje davanja u naturi iz osiguranja za bolest-majčinstvo

☐ en Bosnie et Herzégovine ☐ au Luxembourg où elle se rend pour y recevoir des soins auprès de
u Bosni i Hercegovini / u Luksemburgu u gdje odlazi radi liječenja u

ou tout autre établissement de nature similaire en cas de transfert rendu immédiatement nécessaire par son traitement.
ili svaku drugu sličnu ustanovu u slučaju potrebe hitnog premještanja.

Ces prestations peuvent être servies, au vu de la présente attestation
Davanja mogu biti pružena na temelju ove potvrde

du /od au /do inclus / zaključno

4 Le rapport de notre contrôle médical / Izvještaj naše liječničke

4.1 ☐ est joint à la présente sous pli fermé / priložen je u zatvorenoj koverti

4.2 ☐ a été adressé le / dostavljen je dana à / u
.....
.....

4.3 ☐ peut nous être demandé en communication / može se zatražiti od nas

4.4 ☐ n'a pas été établi / nije

5 Institution compétente / Nadležni nositelj

5.1 Dénomination / Naziv
.....

5.2 Adresse / Adresa
.....
.....

5.3 Cachet / Pečat

5.4 Date / Datum

5.5 Signature / Potpis