

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

DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPECES EN CAS DE MATERNITE OU D'INCAPACITE DE TRAVAIL
ZAHTJEV ZA NOVČANA DAVANJA KOJI SE ODNOSI ZA SLUČAJ MAJČINSTVA ILI NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Articles 15 paragraphe (7), article 16 paragraphe (5) et 25 paragraphe (2) de la Convention

Članovi 15. stav 7., 16. stav 5. i 25. stav 2. Sporazuma

Articles 13 et 22 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif

Članovi 13. i 22. stav 2. Administrativnog sporazuma

Ce formulaire est établi par l'institution du lieu de séjour ou de résidence qui le transmet à l'institution compétente.

Ovaj formular popunjava nositelj mjesta boravka ili prebivališta i dostavlja ga nadležnom nositelju.

Référence du dossier / Broj spisa :	au Luxembourg / u Luksemburgu :
	en Bosnie et Herzégovine / u Bosni i Hercegovini :

1	Institution compétente / Nadležni nositelj
1.1	Dénomination / Naziv
1.2	Adresse / Adresa

2	Personne assurée / Osiguranik
2.1	Noms / Prezime
2.2	Prénoms / Ime
2.3	Date de naissance / Datum rođenja
2.4	Adresse dans le pays compétent / Adresa u nadležnoj državi
2.5	Adresse dans le pays de séjour ou de résidence / Adresa u državi boravka ili prebivališta
2.6	N° d'identification au Luxembourg / Identifikacijski broj u Luksemburgu.....
	N° JMB en Bosnie et Herzégovine / N° JMB u Bosni i Hercegovini.....

3	Employeur / Nadležni nositelj
3.1	Nom ou raison sociale / Naziv
3.2	Adresse / Adresa

- A. ☐ Demande de prestations
☐ *Zahtjev za davanja*

4 La personne désignée au cadre 2 a demandé en date du / Osoba navedena u rubrici 2 podnijela je dana

.....

l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite / *zahtjev za priznanje prava na novčana davanja zbog nesposobnosti za rad zbog*

- 4.1 ☐ de maladie / *bolesti* ☐ d'accident du travail / *nesreće na poslu*
☐ d'accident survenu le ☐ de maladie professionnelle / *profesionalne bolesti*
/ nesreće koja se desila dana
☐ de maternité / *majčinstva*

☐ date présumée de l'accouchement / *predvidjeni datum porodjaja*

☐ premier jour de l'incapacité de travail / *prvi dan nesposobnosti za rad*

5 Le certificat du médecin traitant / *Potvrda nadležnog liječnika*

- ☐ est joint / *je priložena* ☐ n'a pu être fourni / *nije mogla biti pribavljena*

6 De l'avis de notre médecin contrôleur / *Prema mišljenju našeg liječnika kontrolora*

- ☐ dont le rapport se trouve en annexe / *čiji je izvještaj u prilogu*
☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais / *čiji ćemo izvještaj dostaviti uskoro*

6.1 ☐ l'incapacité a débuté le / *nesposobnost je počela dana*
et se prolongera probablement jusqu'au / *i vjerojatno će trajati do*

- 6.2 ☐ il n'y a pas d'incapacité de travail (joindre une copie du formulaire LU/BiH 118 adressé à l'intéressé)
☐ */ nema nesposobnosti za rad (dodati kopiju formulara LU/BiH 118 upućenu imenovanom)*

7 ☐ L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation et en particulier
imenovani se nije pridržavao pravila našeg zakonodavstva, a posebno

.....
.....

- B. ☐ Prolongation de l'incapacité de travail
☐ *Produžetak nesposobnosti za rad*

8 Comme suite à / U vezi sa

8.1 ☐ notre formulaire LU/BiH 115 du / našim formularom LU/BiH 115 od

8.2 ☐ votre formulaire LU/BiH 117 du / vašim formularom LU/BiH 117 od

8.3 Nous avons l'honneur de vous faire savoir que de l'avis de notre médecin contrôleur,
Čast nam je obavijestiti vas da prema mišljenju naše liječnika kontrolora

☐ dont vous trouverez le rapport en annexe / čiji nalaz prilažemo

☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais / čiji će nalaz biti uskoro dostavljen

la personne désignée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au
osoba navedena u rubrici 2 bit će vjerojatno nesposobna za rad do.....

9	Institution du lieu de séjour ou de résidence / Nositelj mjesta boravka ili prebivališta	
8.1	Dénomination / Naziv	
8.2	Adresse / Adresa	
8.3	Cachet / Pečat	8.4 Date / Datum
		8.5 Signature / Potpis