

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA TUNISIE ET LE LUXEMBOURG

ATTESTATION DES PERIODES D'ASSURANCE

Assurance volontaire continuée luxembourgeoise – Prestations de maladie-maternité

Articles 6, 9 et 14 de la Convention
Articles 4, 5 et 8 de l'Arrangement administratif

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution de l'autre Etat contractant. 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.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	en Tunisie:

A. Demande d'attestation

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination.....
1.2	Adresse.....

2	Personne concernée
2.1	Nom de naissance Prénom du père (pour les assurés tunisiens)
2.2	Prénoms
2.3	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin
2.4	Nationalité :
2.5	Date de naissance ____ / ____ / ____
2.6	Adresse
2.7	N° d'identification au Luxembourg N° d'immatriculation en Tunisie

3	La personne désignée au cadre 2 déclare avoir exercé une activité ☐ salariée ☐ non salariée ☐ en Tunisie ☐ au Luxembourg	
3.1	Nom ou raison sociale du dernier employeur..... Dernière activité non salariée..... Adresse.....	
3.2	Employeurs précédents <i>(indiquez le nom ou la raison sociale de l'employeur et les adresses)</i>	Activités non salariées précédentes <i>(indiquez les adresses)</i>
En vue de donner suite à une demande introduite par la personne désignée au cadre 2, nous vous prions de nous communiquer 3.3 ☐ les périodes d'assurance accomplies par elle sous la législation de votre pays à partir du ____ / ____ / ____ jusqu'au ____ / ____ / ____ pour le risque ☐ maladie - maternité ☐ vieillesse - invalidité - survie 3.4 ☐ si elle ☐ a bénéficié ☐ n'a pas bénéficié de prestations en espèces de maladie sous la législation de votre pays à partir du ____ / ____ / ____ jusqu'au ____ / ____ / ____		

4	Institution demandeur	
4.1	Dénomination.....	
4.2	Adresse.....	
4.3	Cachet	4.4 Date 4.5 Signature

B. Attestation

5	Personne concernée		
5.1	Nom de naissance	Prénom du père (pour les assurés tunisiens)	
			
5.2	Prénoms		
			
5.3	Adresse		
			
			
5.4	N° d'identification au Luxembourg		
	N° d'immatriculation en Tunisie		

6	La personne désignée au cadre 2		
6.1	☐ a accompli depuis la date indiquée au point 3.3 les périodes d'assurance suivantes:	nature de l'assurance*	pour les risques**
	du.....	au.....	
	du.....	au.....	
	du.....	au.....	
	du.....	au.....	
	du.....	au.....	
	du.....	au.....	
	du.....	au.....	
	du.....	au.....	
6.2	☐ n'a pas accompli de périodes d'assurance sous notre législation.		
6.3	☐ a bénéficié de prestations en espèces de maladie au titre de notre législation à partir		
	du ____ / ____ / _____ jusqu'au ____ / ____ / _____		
	☐ n'a pas bénéficié de prestations en espèces de maladie au titre de notre législation.		

* A = obligatoire

B = volontaire

** D = maladie - maternité

E = vieillesse - invalidité - survie

7	Institution désignée au cadre 1		
7.1	Dénomination.....		
7.2	Adresse.....		
7.3	Cachet	7.4	Date
		7.5	Signature