

SMLOUVA MEZI BOSNOU A HERCEGOVINOU A  
ČESKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ

SPORAZUM IZMEĐU BOSNE I HERCEGOVINE I  
ČEŠKE REPUBLIKE O SOCIJALNOM OSIGURANJU

**POTVRZENÍ O SČÍTÁNÍ DOB POJIŠTĚNÍ <sup>(1)</sup>**

**POTVRDA O SABIRANJU PERIODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Smlouva: čl. 6  
Član 6 Sporazuma

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodné číslo pojištěnce v Bosně a Hercegovině  
Jedinstveni matični broj u Bosni i Hercegovini

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo pojištěnce v Česku  
Broj osiguranika u Češkoj

**ČÁST A / DIO A**

**1. Nositel v Bosně a Hercegovině / Nadležni nosilac u Bosni i Hercegovini**

1.1. Název / Naziv

1.2. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>

**2. Pojištěnec / Osiguranik**

2.1. Příjmení / Prezime

Jméno / Ime

Datum narození / Datum rođenja

2.2. Adresa v Bosně a Hercegovině / Adresa u Bosni i Hercegovini <sup>(2)</sup>

2.3. Adresa v Česku / Adresa u Češkoj <sup>(2)</sup>

**3. Poslední skutečnost zakládající pojištění v Česku / Poslednja činjenica na kojoj se zasniva osiguranje u Češkoj**

3.1. Druh pojištění / Vrsta osiguranja <sup>(3)</sup>

Zaměstnání / Zaposlenje

Samostatná výd. činnost / Samostalna delatnost

Ostatní / Ostalo

3.2. Jméno nebo název firmy / Naziv poslodavca

3.3. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>

**4. Doba zdravotního pojištění / Period zdravstvenog osiguranja**

4.1. U pojištěnce z bodu 2 potvrďte následující doby pojištění / Za osiguranika iz tačke 2. potvrdite sljedeće periode osiguranja

od / od

do / do

druh pojištění / vrsta osiguranja

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**5. Příslušný nositel v Česku / Nadležní nosilac u Češkoj**

5.1. Název / Naziv

---

5.2. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>

---

5.3. Datum / Datum

Razítko / Pečat

Podpis / Potpis

---

---

**ČÁST B / DIO B****6. Příslušný nositel v Česku / Nadležní nosilac u Češkoj**

6.1. Název / Naziv

---

6.2. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>

---

**7. Doby zdravotního pojištění / Periodi zdravstvenog osiguranja**7.1. Pro osobu uvedenou v bodě 2 potvrzujeme následující doby pojištění <sup>(4)</sup>

Za osiguranika iz tačke 2. potvrđujemo sljedeće periode osiguranja

od / od	do / do	druh pojištění / vrsta osiguranja
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**8. Nositel v Bosně a Hercegovině / Nosilac u Bosni i Hercegovini**

8.1. Název / Naziv

---

8.2. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>

---

8.3. Datum / Datum

Razítko / Pečat

Podpis / Potpis

---

---

## POKYNY / NAPOMENE

- (1) Příslušná organizační jednotka nositele zdravotního pojištění vyplní část A formuláře a pošle dvě vyhotovení nositeli zdravotního nebo sociálního pojištění podávajícímu informace v Bosně a Hercegovině. Tento nositel pojištění doplní údaje v části B formuláře a jedno vyhotovení ihned vrátí příslušnému nositele zdravotního pojištění v Česku. /

Nadležna organizaciona jedinica nosioca zdravstvenog osiguranja popunjava dio A obrasca i šalje dva primjerka bosanskohercegovačkom nosiocu zdravstvenog ili socijalnog osiguranja koji daje obavještenje. Ovaj nosilac osiguranja popunjava dio B obrasca i odmah šalje jedan primjerak nadležnoj organizacionoj jedinici nosioca zdravstvenog osiguranja u Češkoj.

- (2) PSČ, město, ulice, číslo, stát. / Poštanski broj, mjesto, ulica, broj, država.

- (3) Zaškrtnout příslušné okénko. / Obilježiti odgovarajuće polje.

- (4) Je třeba uvést doby pojištění a doby jim na roveň postavené. Pokud během tohoto období existovalo pojištění u více nositelů, je třeba si dle potřeby vyžádat potvrzení od všech nositelů pojištění v Bosně a Hercegovině, kteří přicházejí v úvahu. /

Treba navesti navršene i priznate periode zdravstvenog osiguranja. Ako je u toku perioda postojalo osiguranje kod više nosilaca osiguranja, po potrebi treba zatražiti izdavanje potvrde od svih bosanskohercegovačkih nosilaca osiguranja koji dolaze u obzir.