

ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE, D'EMPLOI OU DE RÉSIDENCE

maladie – maternité – décès (allocation) – invalidité

Règlement (CEE) n° 1408/71 : article 9.2; article 18.1; article 38.1; article 64
Règlement (CEE) n° 574/72 : article 6.2; article 16; article 39.1 et 2; article 79

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution du dernier État membre à la législation duquel l'intéressé a été soumis. 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 les parties A.2 et B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.**

Partie A

1.	Institution destinataire
1.1	Dénomination :
1.2	N° d'identification de l'institution :
1.3	Adresse :

2.	Assuré
2.1	Nom(s) de famille ⁽²⁾ :
2.2	Prénom(s) ⁽³⁾ : Date de naissance :
2.3	Nom(s) antérieur(s) :
2.4	N° d'identification personnel :
2.5	À partir de la date indiquée au point 3.1, l'assuré a exercé une activité : salariée non salariée à / au /en ⁽⁴⁾
2.6	Nom ou raison sociale du dernier employeur Dernière activité non salariée Adresse :
2.7	Employeurs précédents : Activités non salariées précédentes : [nom ou raison sociale et adresse]

3. En vue de donner suite à une demande introduite par l'assuré désigné ci dessus, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence qu'il a accomplies
- 3.1 à partir du
- 3.2 sous la législation de votre pays, pour le risque :
maladie et maternité ⁽⁵⁾ décès (allocation) invalidité ⁽⁶⁾

4. Institution compétente

4.1 Nom :

4.2 N° d'identification de l'institution :

4.3 Adresse :

4.4 Cachet

4.5 Date :

4.6 Signature :

Partie B

5. L'assuré indiqué au cadre 2

5.1 est assuré pour le risque de maladie-maternité depuis la date indiquée au point 3.1 ⁽⁷⁾

5.2 a accompli depuis le

6. les périodes d'assurance ou d'emploi suivantes, pour les prestations suivantes : ⁽⁵⁾

6.1 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.2 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.3 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.4 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.5 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.6 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.7 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.8 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.9 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

6.10 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7. les périodes de résidence suivantes :

7.1 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.2 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.3 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.4 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.5 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.6 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.7 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.8 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.9 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

7.10 du au ⁽⁸⁾ pour ⁽⁹⁾ le risque de ⁽¹⁰⁾

8. Institution remplissant la partie B

8.1 Dénomination :

8.2 N° d'identification de l'institution :

8.3 Adresse :

8.4 Cachet

8.5 Date :

8.6 Signature :

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient la première institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
 - (2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
 - (3) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
 - (4) Indiquer le pays.
 - (5) Uniquement si l'institution destinataire est une institution belge, française, grecque, suisse ou liechtensteinoise, indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant: N = prestations en nature, E = prestations en espèces.
 - (6) Pour les besoins des institutions françaises et lettonnes.
 - (7) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution belge.
 - (8) Si l'attestation est destinée à une institution belge, tchèque, grecque, lettonne, lituanienne, polonaise ou liechtensteinoise, indiquer s'il s'agit de périodes d'activité salariée ou non salariée en utilisant le code suivant: D = salariée; I = non salariée.
Si l'attestation est destinée à une institution allemande, lituanienne, luxembourgeoise ou polonaise, indiquer les périodes d'assurance dans la section 6 en utilisant le code suivant: P = assurance obligatoire; F = assurance volontaire.
 - (9) Indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant: A = maladie et maternité; B = décès (allocation); O = invalidité.
 - (10) Si l'institution compétente est une institution chypriote, allemande, irlandaise, hongroise, autrichienne ou britannique, mettre une croix dans cette case pour autant que la période d'assurance ou de résidence corresponde à une période d'emploi effectif et préciser ci-après la nature de l'activité salariée ou non salariée.
-