

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 Noms antérieur(s) :
 2.3 Numéro d'immatriculation :
 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 01/01/2009.....

3.2 sous la législation de votre pays, pour le risque :
 X maladie-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 X 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 : N (5)

6.1	du	.....	AU	.....	(D)	pour (A) le risque de	.....	(10)
6.2	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.3	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.4	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.5	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.6	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.7	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.8	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.9	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
6.10	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)

7. les périodes de résidence suivantes :

7.1	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.2	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.3	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.4	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.5	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.6	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.7	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.8	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.9	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (10)
7.10	du	.....	au	.....	(8)	pour (9) le risque de	<input type="checkbox"/> (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 lettones.
 - (7) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution belge.
 - (8) Si l'attestation est destinée à une institution belge, tchèque, grecque, lettone, 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 7 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.
-