

CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA TOTALIZACIÓN DE PERIODOS DE SEGURO, DE EMPLEO O DE RESIDENCIA

Enfermedad — maternidad — defunción (subsidio) — tuberculosis

Reglamento 1408/71: artículo 9.2, artículo 18.1; artículo 38.1; artículo 64
Reglamento 574/72: artículo 6.2; artículo 16; artículo 39.1 y 2; artículo 79

La institución competente cumplimentará la Parte A del formulario y enviará dos ejemplares de este a la institución del último Estado miembro a cuya legislación ha estado sometido el interesado. Esta institución cumplimentará la parte B y devolverá el formulario a la institución que se lo ha remitido. Si el formulario se expide a solicitud del interesado, la institución que debe entregarlo cumplimentará la parte B y entregará o hará llegar el formulario al propio interesado.

Parte A

1	Institución destinataria
1.1	Denominación:
1.2	Dirección (2):

2	Asegurado
2.1	Apellido(s) (2 bis)
2.2	Nombre Apellidos anteriores (2 bis) Fecha de nacimiento
2.3	Número de afiliación
2.4	A partir de la fecha indicada en el punto 3.1, el asegurado ha ejercido una actividad <input type="checkbox"/> asalariada <input type="checkbox"/> no asalariada en (2)
2.5	<input type="checkbox"/> Nombre o razón social del último empresario
	<input type="checkbox"/> Última actividad no asalariada
	Dirección (2)
2.6	Empresarios anteriores (4) <input type="checkbox"/> actividades no asalariadas anteriores
	[(Nombre o razón social y dirección (2))

3 A fin de dar trámite a una solicitud presentada por el asegurado, arriba mencionado, les rogamos nos comuniquen los períodos de seguro, empleo o residencia que ha cumplido

3.1 a partir de

3.2 según la legislación de su país, para la contingencia

- enfermedad-maternidad (5) defunción (subsidio) tuberculosis
 invalidez (5 bis)

4	Institución competente
4.1	Denominación: N° de código (5 bis)
4.2	Dirección (2):
4.3	Sello
	4.4 Fecha:
	4.5 Firma

Parte B

5	Asegurado (8)		
5.1	Apellido(s) (2 bis)		
5.2	Nombre	Apellidos anteriores (2 bis)	Fecha de nacimiento
5.3	Número de afiliación		

- 6 El asegurado indicado en el recuadro 2 en el recuadro 5
- 6.1 ha estado asegurado contra la contingencia de enfermedad — maternidad desde la fecha señalada en la casilla 3.1 (8 ter)
- 6.2 ha cumplido en los tres últimos años (8) en los cinco últimos años (8 bis)
- desde

7	los periodos de seguro siguientes, para las prestaciones que figuran a continuación			<input type="text"/> (8) (7)
7.1	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.2	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.3	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.4	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.5	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.6	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.7	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.8	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.9	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
7.10	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)

8	los periodos de residencia siguientes			
8.1	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.2	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.3	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.4	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.5	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.6	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.7	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.8	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.9	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)
8.10	del	al	(9) para (10) la contingencia de	<input type="checkbox"/> (11)

9	Institución que cumple la parte B		
9.1	Denominación:		
9.2	Dirección (2):		
9.3	Sello		
	9.4	Fecha:	
	9.5	Firma:	

INSTRUCCIONES

El formulario debe cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de 3 páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse aun cuando no contenga ninguna mención útil.

NOTAS

- Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo. Anexo VI, Seguridad Social. A efectos de dicho Acuerdo, el presente formulario se aplicará también a Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suecia.
- (1) Sigla del país al que pertenece la institución que cumplimenta el formulario en primer lugar: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L = Luxemburgo; NL = Países Bajos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Austria; FIN = Finlandia; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suecia.
- (2) Calle, número, código postal, localidad, país.
- (2 bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.
- (3) Indicar el Estado.
- (4) A cumplimentar en la medida de lo posible.
- (5) Sólo en el caso de que la institución destinataria sea belga, francesa, griega o de Liechtenstein, indicar la contingencia cubierta, utilizando el siguiente código: N = prestaciones en especie, E = prestaciones económicas.
- (5 bis) Completar si se tiene.
- (5 ter) Para las necesidades de las instituciones francesas.
- (6) A cumplimentar exclusivamente cuando el formulario se entregue directamente al interesado.
- (7) Si la certificación va dirigida a una institución italiana para obtener prestaciones económicas en caso de tuberculosis y el interesado no ha cotizado durante un año completo, han de indicarse todos los periodos de seguro cubiertos por el mismo.
- (8) A cumplimentar únicamente si la institución competente es del Reino Unido.
- (8 bis) A cumplimentar únicamente si la institución competente es de Irlanda.
- (8 ter) A cumplimentar únicamente si la institución competente es de Bélgica.
- (9) Si la certificación está destinada a una institución griega, indicar si se trata de periodos de actividad por cuenta ajena o por cuenta propia utilizando los códigos siguientes: D = trabajador por cuenta ajena; I = trabajador por cuenta propia. Si la certificación está destinada a una institución alemana o luxemburguesa, indicar los periodos de seguro en el recuadro 7 utilizando los códigos siguientes: P = seguro obligatorio; F = seguro voluntario.
- (10) Indicar la contingencia cubierta utilizando el código siguiente: A = enfermedad-maternidad, B = defunción (subsidio) C = tuberculosis; O = invalidez.
- (11) Si la institución competente es una institución alemana, irlandesa, del Reino Unido o austriaca, márquese esta casilla con una cruz siempre que el periodo de seguro o de residencia corresponda a un periodo de empleo efectivo, y precítese la naturaleza de la actividad por cuenta ajena o por cuenta propia.