

ATESTADO RELATIVO À TOTALIZAÇÃO DOS PERÍODOS DE SEGURO, DE EMPREGO OU DE RESIDÊNCIA

Doença — maternidade — morte (subsídio) — tuberculose

Regulamento 1408/71: artigo 9º 2; artigo 18º 1; artigo 38º 1, artigo 64º
Regulamento 574/72: artigo 6º 2; artigo 16º; artigo 39º 1 e 2, artigo 79º

A instituição competente preenche a parte A do formulário e envia dois exemplares à instituição do último Estado-membro a cuja legislação o interessado esteve sujeito. Esta instituição preenche a parte B e devolve o formulário à instituição que lho enviou. Se o formulário for emitido a pedido do interessado, a instituição que o emite preenche a parte B e entrega ou envia o formulário ao próprio interessado.

Parte A

1	Instituição destinatária
1.1	Designação:
1.2	Endereço (2):

2	Segurado
2.1	Apelido (2a)
2.2	Nomes próprios Apelidos anteriores (2a) Data de nascimento
2.3	Número de identificação:
2.4	A partir da data indicada no ponto 3.1, o segurado exerceu uma actividade <input type="checkbox"/> assalariada <input type="checkbox"/> não assalariada em (3):
2.5	<input type="checkbox"/> Última entidade patronal
	<input type="checkbox"/> Última actividade não assalariada
	Endereço (2):
2.6	<input type="checkbox"/> Entidades patronais anteriores (4) <input type="checkbox"/> Actividades anteriores como não assalariado
	[Nome ou firma e endereço (2)]

3 A fim de darmos seguimento a um pedido apresentado pelo segurado acima mencionado, solicitamos que nos comuniquem os períodos de seguro, de emprego ou de residência cumpridos pelo mesmo

3.1 a partir de:

3.2 ao abrigo da legislação do vosso país, para o risco:
 doença e maternidade (5) morte (subsídio) tuberculose
 invalidez (5b)

4	Instituição competente
4.1	Designação: N.º de código (5a):
4.2	Endereço (2):
4.3	Carimbo
	4.4 Data:
	4.5 Assinatura

Parte B

5 Segurado (6)

5.1 Apelido (2a)

5.2 Nomes próprios Apellidos anteriores (2a) Data de nascimento

5.3 Número de identificação:

6 O segurado mencionado no quadro 2 no quadro 5

6.1 esteve abrangido pelo seguro de doença e maternidade desde a data mencionada no ponto 3.1 (8b)

6.2 cumpriu durante os três últimos anos (8) durante os cinco últimos anos (8a) desde

7 Os períodos de seguro ou de emprego, para as seguintes prestações (5) (7)

7.1	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.2	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.3	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.4	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.5	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.6	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.7	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.8	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.9	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
7.10	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)

8 Os períodos de residência seguintes:

8.1	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.2	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.3	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.4	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.5	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.6	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.7	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.8	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.9	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)
8.10	de	.....	a	..... (9)	para (10) o risco de	<input type="checkbox"/> (11)

9 Instituição que preenche a parte B

9.1 Designação:

9.2 Endereço (2):

9.3 Carimbo

9.4 Data:

9.5 Assinatura

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

- * EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.
- (1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário em primeiro lugar: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.
- (2) Rua, número, código postal, localidade, país.
- (2^a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.
- (3) Indicar o Estado.
- (4) A preencher na medida do possível.
- (5) Se a instituição destinatária for uma instituição belga, grega, francesa ou do Liechtenstein, indicar o risco coberto utilizando o código seguinte: N = prestações em espécie, E = prestações pecuniárias.
- (5^a) A completar, se o possuir.
- (5^b) Informações destinadas às instituições francesas.
- (6) A preencher, apenas quando o formulário for enviado directamente ao interessado.
- (7) Se o atestado se destinar a uma instituição italiana, disser respeito a prestações pecuniárias, em caso de tuberculose, e se o interessado não tiver pago contribuições durante um ano completo, serão mencionados todos os períodos de seguro que cumpriu.
- (8) A preencher apenas se a instituição competente for uma instituição do Reino Unido.
- (8^a) A preencher apenas se a instituição competente for uma instituição da Irlanda.
- (8^b) A preencher apenas se a instituição competente for uma instituição belga.
- (9) Se o atestado for destinado a uma instituição grega, indicar se se trata de períodos de actividade assalariada ou não assalariada utilizando o código seguinte: D = assalariada; I = não assalariada.
Se o atestado for destinado a uma instituição alemã ou luxemburguesa, indicar os períodos de seguro no quadro 7 utilizando o código seguinte: P = seguro obrigatório; F = seguro voluntário.
- (10) Indicar o risco coberto utilizando o código seguinte:
A = doença e maternidade; B = morte (subsídio); C = tuberculose; O = invalidez.
- (11) Se a instituição competente for uma instituição alemã, irlandesa, do Reino Unido ou austríaca, assinalar com uma cruz esta quadrícula, desde que o período de seguro ou de residência corresponda a um período de emprego efectivo, e precisar a seguir a natureza da actividade assalariada ou não assalariada.