

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

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

<b>2.</b>	Assuré
2.1	Nom(s) de famille <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Prénom(s) <sup>(3)</sup> : ..... 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: <input type="checkbox"/> salariée <input type="checkbox"/> non salariée à/au/en <sup>(4)</sup> .....
2.6	<input type="checkbox"/> Nom ou raison sociale du dernier employeur <input type="checkbox"/> Dernière activité non salariée .....
	Adresse: .....
	.....
2.7	<input type="checkbox"/> Employeurs précédents: <input type="checkbox"/> 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-maternité <sup>(5)</sup>                       décès (allocation)                       invalidité <sup>(6)</sup>

**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 25.1  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 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.
-