

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: [nom ou raison sociale et adresse]	☐ Activités non salariées précédentes:

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 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.