

ATTEST OM SAMMENLÆGNING AF FORSIKRINGS-, BESKÆFTIGELSE- ELLER BOPÆLSPERIODER

Sygdom — moderskab — dødsfald (begravelseshjælp) — invaliditet

Forordning (EØF) nr. 1408/71: art. 9.2; art. 18.1; art. 38.1; art. 64

Forordning (EØF) nr. 574/72: art. 6.2; art. 16; art. 39.1 og 2; art. 79

Blankettens afsnit A udfyldes af den kompetente institution, der sender to eksemplarer af blanketten til institutionen i den medlemsstat, af hvis lovgivning den pågældende senest har været omfattet. Blankettens afsnit B udfyldes af sidstnævnte institution, som sender blanketten tilbage til den institution, hvorfra den er modtaget. Hvis blanketten udstedes på den pågældendes anmodning, skal den institution, som det påhviler at udstede den, udfylde afsnit A.2 og afsnit B og derefter udlevere eller sende blanketten til den pågældende.

Blanketten skal udfyldes med blokbogstaver, og der må kun skrives på de punkterede linjer. Den består af 3 sider, hvoraf ingen må fjernes.

Afsnit A

1. Den institution, som blanketten sendes til

1.1 Betegnelse:

1.2 Institutionens identifikationsnummer:

1.3 Adresse:

.....

2. Den forsikrede

2.1 Efternavn⁽²⁾:

2.2 Fornavne⁽³⁾: Fødselsdato:

2.3 Tidligere navne:

2.4 Personnummer:

2.5 Fra den i punkt 3.1 anførte dato har den forsikrede været beskæftiget som:

arbejdstager selvstændig erhvervsdrivende⁽⁴⁾

2.6 Seneste arbejdsgivers navn eller firmanavn

Seneste selvstændige virksomhed

.....

Adresse:

.....

2.7 Tidligere arbejdsgivere: Tidligere selvstændige virksomhed:

[navn eller firmanavn samt adresse]

.....

.....

.....

.....

3. Med henblik på behandling af en ansøgning om ydelser fra den ovennævnte forsikrede bedes oplyst de forsikrings-, beskæftigelses- eller bopælsperioder, som han har tilbagelagt

3.1 fra den

3.2 efter lovgivningen i Deres land vedrørende:

sygdom og moderskab⁽⁵⁾

dødsfald (begravelseshjælp)

invaliditet⁽⁶⁾

4. Den kompetente institution

4.1 Betegnelse:

4.2 Institutionens identifikationsnummer:

4.3 Adresse:

4.4 Stempel

4.5 Dato:

4.6 Underskrift:

Afsnit B

5. Den i punkt 2 anførte person

5.1 har været syge- og moderskabsforsikret siden den i punkt 3.1 anførte dato (7)

5.2 har siden den

6. tilbagelagt følgende forsikrings- eller beskæftigelsesperioder, for følgende ydelser: (5)

6.1	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.2	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.3	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.4	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.5	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.6	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.7	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.8	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.9	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.10	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)

7. tilbagelagt følgende bopælsperioder:

7.1	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.2	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.3	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.4	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.5	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.6	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.7	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.8	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.9	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)
7.10	fra	til	(8)	for så vidt angår (9)	<input type="checkbox"/> (10)

8. Den institution, der udfylder afsnit B

8.1 Betegnelse:

8.2 Institutionens identifikationsnummer:

8.3 Adresse:

8.4 Stempel

8.5 Dato:

8.6 Underskrift:

FODNOTER

- (¹) Kendingsbogstaver for det land, hvor blanketten udfyldes: BE = Belgien; CZ = Tjekkiet; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grækenland; ES = Spanien; FR = Frankrig; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Letland; LT = Litauen; LU = Luxembourg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Nederlandene; AT = Østrig; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakiet; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Det Forenede Kongerige; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Anfør alle efternavne i samme rækkefølge som på dåbsattesten.
- (³) Anfør alle fornavne i samme rækkefølge som på dåbsattesten.
- (⁴) Anfør landet.
- (⁵) Den pågældende risiko bedes angivet med en af følgende kodebetegnelser: N = naturalydelse, E = kontantydelse, når attesten er bestemt for en institution i Belgien, Frankrig, Grækenland, Liechtenstein eller Schweiz.
- (⁶) Udfyldes til brug for de franske og lettiske institutioner.
- (⁷) Skal kun udfyldes, hvis den kompetente institution er en institution i Belgien.
- (⁸) Såfremt attesten er bestemt for en institution i Belgien, Tjekkiet, Grækenland, Letland, Litauen, Polen eller Liechtenstein, angives perioderne med lønnet beskæftigelse eller selvstændig virksomhed med følgende kodebetegnelser: D = lønnet beskæftigelse; I = selvstændig virksomhed.
- Såfremt attesten er bestemt for en institution i Tyskland, Litauen, Luxembourg eller Polen, angives forsikringsperioderne i punkt 7 med følgende kodebetegnelser: P = tvungen forsikring; F = frivillig forsikring.
- (⁹) Den pågældende risiko angives med en af følgende kodebetegnelser:
A = sygdom og moderskab; B = dødsfald (begravelseshjælp); O = invaliditet.
- (¹⁰) Hvis den kompetente institution er en institution i Cypern, Tyskland, Irland, Ungarn, Østrig eller Det Forenede Kongerige, skal der sættes kryds i denne rubrik, såfremt forsikrings- eller bopælsperioden svarer til en faktisk beskæftigelsesperiode, og endvidere skal arten af beskæftigelsen eller den selvstændige virksomhed angives.