

POTRDILO O SEŠTEVANJU ZAVAROVALNIH DOB, DOB ZAPOSLOTITVE ALI DOB PREBIVANJA

Bolezen – materinstvo – smrt (dajatve ob smrti) – invalidnost

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 9(2); člen 18(1); člen 38(1); člen 64
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 6(2); člen 16; člen 39(1) in (2); člen 79

Pristojni nosilec mora izpolniti del A obrazca in poslati dva izvoda nosilcu države članice, katere zakonodaja je nazadnje veljala za zadevno osebo. Ta nosilec mora izpolniti del B in obrazec vrniti nosilcu, od katerega ga je prejel. Če se obrazec izda na zahtevo zadevne osebe, mora nosilec, ki izda obrazec, izpolniti del A.2 in B ter ga izročiti ali poslati zadevni osebi.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 3 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.

Del A

1.	Nosilec, na katerega je obrazec naslovljen
1.1	Ime:
1.2	Identifikacijska številka nosilca:
1.3	Naslov:
2.	Zavarovana oseba
2.1	Priimek(-ki) ⁽²⁾ :
2.2	Ime(-na) ⁽³⁾ : Datum rojstva:
2.3	Prejšnja(-i) ime(-na) in priimek(-ki):
2.4	Osebna identifikacijska številka:
2.5	Od datuma, navedenega v točki 3.1, je zavarovana oseba opravljala poklic kot: <input type="checkbox"/> zaposlena oseba <input type="checkbox"/> samozaposlena oseba v ⁽⁴⁾
2.6	<input type="checkbox"/> ime zadnjega delodajalca <input type="checkbox"/> zadnja zaposlitev kot samozaposlena oseba Naslov:
2.7	<input type="checkbox"/> Prejšnji delodajalci: <input type="checkbox"/> Prejšnje zaposlitve kot samozaposlena oseba: [ime in naslov]

3. V zvezi z zahtevkom, ki ga je predložila zgoraj navedena zavarovana oseba, navedite njene izpolnjene zavarovalne dobe, dobe zaposlitve ali dobe prebivanja

3.1 od

3.2 v skladu z zakonodajo vaše države, za primer:

boleznih in materinstva⁽⁵⁾ smrti (dajatve ob smrti) invalidnosti⁽⁶⁾

4. Pristojni nosilec	
4.1	Ime:
4.2	Identifikacijska številka nosilca:
4.3	Naslov:
4.4	Žig
4.5	Datum:
4.6	Podpis:

Del B

5. Oseba, navedena v točki 2,

5.1 je bila zavarovana za primer bolezni in materinstva od datuma navedenega v točki 3.1⁽⁷⁾

5.2 je izpolnila od

6.	naslednje zavarovalne dobe ali dobe zaposlitve za naslednje dajatve:	<input type="text"/>	⁽⁵⁾
6.1	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.2	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.3	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.4	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.5	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.6	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.7	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.8	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.9	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
6.10	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

7.	naslednje dobe prebivanja:		
7.1	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.2	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.3	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.4	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.5	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.6	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.7	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.8	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.9	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾
7.10	od	do	⁽⁸⁾ za ⁽⁹⁾ primer <input type="checkbox"/> ⁽¹⁰⁾

8. Nosilec, ki izpolni del B	
8.1	Ime:
8.2	Identifikacijska številka nosilca:
8.3	Naslov:
8.4	Žig
8.5	Datum:
8.6	Podpis:

OPOMBE

- (¹) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolnjuje obrazec: BE = Belgija; CZ = Češka; DK = Danska; DE = Nemčija; EE = Estonija; GR = Grčija; ES = Španija; FR = Francija; IE = Irska; IT = Italija; CY = Ciper; LV = Latvija; LT = Litva; LU = Luksemburg; HU = Madžarska; MT = Malta; NL = Nizozemska; AT = Avstrija; PL = Poljska; PT = Portugalska; SI = Slovenija; SK = Slovaška; FI = Finska; SE = Švedska; UK = Združeno kraljestvo; IS = Islandija; LI = Lihtenštajn; NO = Norveška; CH = Švica.
- (²) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (³) Navedite vsa imena v vrstnem redu, kakor so vpisana v matični register.
- (⁴) Navedite državo.
- (⁵) Samo, če je obrazec naslovljen na belgijskega, francoskega, grškega, lihtenštajnskega ali švicarskega nosilca, navedite, za kateri primer je oseba zavarovana, tako da vpišete oznako N = storitve ali F = denarna dajatve.
- (⁶) Za francoske ali latvijske nosilce.
- (⁷) Izpolnite le, če je pristojni nosilec belgijska ustanova.
- (⁸) Če je potrdilo namenjeno belgijskemu, češkemu, grškemu, latvijskemu, litovskemu, poljskemu ali lihtenštajnskemu nosilcu, navedite, ali je oseba dopolnila aktivno dobo kot zaposlena oseba ali samozaposlena oseba. To označite z naslednjimi oznakami: D = zaposlena oseba, I = samozaposlena oseba.
Če je potrdilo namenjeno nemškemu, litovskemu, luksemburškemu ali poljskemu nosilcu, navedite dobe zavarovanja v točki 7, in sicer z naslednjimi oznakami: P = obvezno zavarovanje, F = prostovoljno zavarovanje.
- (⁹) Navedite, za kateri primer zavarovanja gre, tako da označite:
A = bolezen in materinstvo, B = smrt (dajatve ob smrti), O = invalidnost.
- (¹⁰) Če je pristojni ciprski, nemški, irski, madžarski, avstrijski nosilec ali nosilec Združenega kraljestva, označite s križcem v tem kvadratu, če se zavarovalna doba ali doba prebivanja ujema z dobo dejanske zaposlitve, in navedite vrsto zaposlitve ali samozaposlitve.