

INTYG FÖR SAMMANLÄGGNING AV FÖRSÄKRINGS-, SYSSELSÄTTNINGS- ELLER BOSÄTTNINGSPERIODER

Sjukdom – Moderskap – Dödsfall (ersättning) – Invaliditet

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 9.2, artikel 18.1, artikel 38.1, artikel 64
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 6.2, artikel 16, artikel 39.1 och 39.2, artikel 79

Den behöriga institutionen fyller i del A av blanketten i två exemplar och skickar dem till institutionen i den medlemsstat vars lagstiftning den berörda personen senast omfattades av. Denna institution fyller i del B och skickar tillbaka blanketten till den första institutionen. Om blanketten utfärdas på begäran av den berörda personen skall den utfärdande institutionen fylla i del A 2 och B och lämna blanketten till den berörda personen.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor, av vilka ingen får utelämnas.

Part A

1. Institution till vilken blanketten ställs

1.1 Namn:

1.2 Institutionens identifieringsnummer:

1.3 Adress:
.....

2. Försäkrad

2.1 Efternamn⁽²⁾:

2.2 Förnamn⁽³⁾: Födelsedatum:

2.3 Tidigare namn:

2.4 Personnummer eller motsvarande:

2.5 Fr.o.m. det datum som anges i punkt 3.1 har den försäkrade utövat verksamhet som:
 anställd egenföretagare i⁽⁴⁾

2.6 Senaste arbetsgivarens namn eller företagsnamn
 Senaste verksamhet som egenföretagare
.....
Adress:

2.7 Tidigare arbetsgivare: Tidigare verksamhet som egenföretagare:
[Namn eller företagsnamn och adress]

3. För handläggningen av en ansökan som gjorts av ovannämnda försäkrade ber vi er lämna uppgifter om de försäkrings-, sysselsättnings- eller bosättningsperioder som han/hon fullgjort

3.1 fr.o.m. t.o.m.

3.2 enligt ert lands lagstiftning för förmåner vid:

- sjukdom och moderskap⁽⁵⁾ dödsfall (ersättning) invaliditet⁽⁶⁾

4. Behörig institution	
4.1	Namn:
4.2	Institutionens identifieringsnummer:
4.3	Adress:
4.4	Stämpel
4.5	Datum:
4.6	Underskrift:

Del B

5. Den person som anges under punkt 2

5.1 har omfattats av sjuk- och moderskapsförsäkring fr.o.m. det datum som anges i punkt 3.1 (7)5.2 har fr.o.m. den fullgjort

6.	följande försäkrings- eller sysselsättningsperioder för följande förmåner: <input type="text"/> (5)	
6.1	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.2	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.3	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.4	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.5	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.6	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.7	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.8	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.9	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
6.10	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)

7.	följande bosättningsperioder:	
7.1	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.2	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.3	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.4	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.5	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.6	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.7	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.8	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.9	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)
7.10	fr.o.m. t.o.m. (8)	för (9) förmånsslag <input type="checkbox"/> (10)

8. Institution som fyller i del B	
8.1	Namn:
8.2	Institutionens identifieringsnummer:
8.3	Adress:
8.4	Stämpel
8.5	Datum:
8.6	Underskrift:

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som först fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Ange efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (³) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) Ange land.
- (⁵) Endast om blanketten är ställd till en institution i Belgien, Frankrike, Grekland, Liechtenstein eller Schweiz anges förmånsslaget med följande koder: N = vårdförmåner, E = kontantförmåner.
- (⁶) För franska och lettiska institutioner.
- (⁷) Ifylls endast om den behöriga institutionen är en belgisk institution.
- (⁸) Om intyget är avsett för en institution i Belgien, Tjeckien, Grekland, Lettland, Litauen, Polen eller Liechtenstein anges om verksamhetsperioderna var som anställd eller som egenföretagare med följande koder: D = anställd, I = egenföretagare.
Om intyget är avsett för en institution i Tyskland, Litauen, Luxemburg eller Polen anges försäkringsperioderna under punkt 7 med följande koder: P = obligatorisk försäkring, F = frivillig försäkring.
- (⁹) Ange förmånsslaget med följande koder:
A = sjukdom och moderskap, B = dödsfall (ersättning), O = invaliditet.
- (¹⁰) Om den behöriga institutionen är cyprisk, tysk, irländsk, ungersk, österrikisk eller brittisk, sätts ett kryss i denna ruta om försäkringsperioden eller bosättningsperioden motsvarar en faktisk sysselsättningsperiod och typ av anställning eller verksamhet som egenföretagare anges.
-